

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

151

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 mars 1891, à 1 heure

Par E. VAILLE

Né à Englefontaine (Nord), le 3 novembre 1864

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
BASSIN VICIÉ PAR OBSTRUCTION

(Tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien)

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { DIEULAFOY, professeur.
BAR, QUINQUAUD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

181

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

151

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 mars 1891, à 1 heure

Par E. VAILLE

Né à Englefontaine (Nord), le 3 novembre 1864

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU BASSIN VICIÉ PAR OBSTRUCTION

(Tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien)

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { DIEULAFOY, professeur.
BAR, QUINQUAUD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

—
1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale		DEBOVE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.		TILLAUD.
Thérapeutique et matière médicale.		REGNAULD.
Hygiène.		HAYEM.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		LABOULBÈNE
		STRAUS.
Clinique médicale.	}	G. SÉE.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	}	LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires		PANAS.
Clinique ophthalmologique		TARNIER.
Cliniques d'accouchements		PINARD

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTIERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU BASSIN VICIÉ

PAR OBSTRUCTION

(Tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien)

AVANT-PROPOS

Sous le nom de bassins viciés par obstruction, on désigne les bassins dont la cavité est plus ou moins remplie par des tumeurs. Ces tumeurs, d'ailleurs excessivement variables, peuvent provenir du bassin lui-même, des parties molles ou des organes qu'il contient, ou même des organes voisins. Nous n'envisagerons dans cette étude que les tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien, et par squelette nous entendons non seulement les os du bassin, mais aussi les ligaments et les trousseaux fibreux qui recouvrent les articulations.

Le sujet de ce travail nous a été inspiré par M. le D^r Bar, professeur agrégé et accoucheur de

l'hôpital Saint-Louis, qui, après avoir mis à notre disposition deux observations personnelles et des dessins très intéressants, a encore facilité notre tâche en nous aidant de ses conseils et en nous guidant dans nos recherches. Nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de remercier notre cher maître, et de lui exprimer notre profonde reconnaissance pour l'intérêt bienveillant qu'il n'a cessé de nous témoigner.

M. le D^r Marchand, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, a bien voulu nous confier une observation pleine d'intérêt : nous le remercions vivement de son obligeance.

Nous prions M. le professeur Tarnier d'agréer l'expression de notre vive gratitude, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

On peut diviser les tumeurs suivant leur nature histologique : c'est ce que font les anatomo-pathologistes et même les chirurgiens. Pour étudier les tumeurs du bassin on pourrait donc distinguer :

1° Les exostoses pures, tumeurs constituées par du tissu osseux et qui, nées des couches périphériques des os, se développent en soulevant le périoste ;

2° Les enchondromes, tumeurs formées de tissu cartilagineux, mais contenant toujours du tissu conjonctif en plus ou moins grande quantité ;

3° Les fibromes, formés de tissu conjonctif et ne contenant aucun autre tissu.

4° Les carcinomes, tumeurs composées d'un stroma fibreux limitant des alvéoles qui forment par leur communication un système caverneux ; ces alvéoles sont remplies de cellules libres les unes par rapport aux autres dans un liquide plus ou moins abondant.

5° Les sarcomes, constitués par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte.

6° Les kystes, tumeurs creusées dans le tissu osseux et formées par une ou plusieurs poches

que remplit un liquide de nature, de couleur et de consistance variables.

Telle est dans ses grandes lignes la classification établie par Cornil et Ranvier dans leur manuel d'histologie pathologique.

Mais si nous nous plaçons au point de vue obstétrical, les bases d'une classification sont différentes. L'accoucheur voit surtout dans la tumeur un obstacle à l'accouchement, et par suite, ce qui l'intéresse, c'est moins la nature intime de cette tumeur que son siège, son volume, sa consistance, etc. Aussi les auteurs dont nous avons recueilli les observations s'occupent-ils surtout de l'aspect de la tumeur, de sa forme et de son volume. Ils décrivent avec soin les difficultés obstétricales qui se sont présentées; mais, pour ce qui est de la nature intime du néoplasme, ils ne font que la désigner par un mot qui souvent manque de précision.

Le terme d'exostose revient souvent. Mais ce mot semble s'appliquer indifféremment à toutes les tumeurs développées aux dépens de l'os. C'est ainsi par exemple que la tumeur de Leydig, dont la surface présentait des points craquant sous le doigt, et qui était creusée de lacunes contenant une matière liquide jaunâtre, serait difficilement aujourd'hui classée parmi les exostoses, bien qu'elle soit décrite sous ce nom par l'auteur (1).

1. Observation de Leydig, in Nægelé. *Vices de conformation du bassin*. Traduit et augmenté de notes par Danyau, page 214.

Le terme d'ostéostéatome n'est pas moins vague. S'il semble s'appliquer d'une façon générale au cancer des os, quelques tumeurs désignées ainsi pourraient être rangées aussi bien parmi les enchondromes. Telle est l'observation de Grimmel où « la tumeur était en grande partie composée de substance cartilagineuse que l'on ne pouvait couper qu'en pressant fortement sur le scalpel » (1).

Nous savons du reste que le chondrome et le sarcome peuvent être associés : beaucoup de chondromes ne sont que des chondro-sarcomes ; en un point de la tumeur existe un nid de cellules embryonnaires dont le développement rapide pourra tout à coup changer la marche du néoplasme.

Nous n'essayerons donc pas de classer suivant leur nature histologique les tumeurs du bassin qui ont été observées comme cause de dystocie, et nous nous contenterons de séparer les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Si l'on voulait faire une classification des tumeurs du bassin au point de vue obstétrical, c'est sur leurs caractères extérieurs surtout qu'il faudrait s'appuyer.

C'est ainsi que parmi les tumeurs bénignes comme parmi les tumeurs malignes, on pourrait distinguer : celles dont le volume reste fixe et

1. Observation de Grimmel in : Val. Meyer, thèse de Strasbourg, 1847, n° 171.

celles dont le volume s'accroît pendant la grossesse ; celles qui sont réductibles et celles qui ne le sont pas. On aurait ainsi le tableau suivant :

Tumeurs bénignes	{	à volume fixe	{réductibles non réductibles
		à volume s'accroissant pendant la grossesse	{réductibles non réductibles
Tumeurs malignes	{	à volume s'accroissant pendant la grossesse	{réductibles non réductibles

Enfin, dans chacun de ces groupes, il y aurait lieu de tenir compte du siège, ce qui amènerait les subdivisions suivantes :

Tumeurs siégeant	{	au détroit supérieur	{extr. du diam. antéro-postér. — transverse
		dans l'excavation	— antéro-post.
			— transverse
			— antéro-post.
		au détroit inférieur	{— transverse

Sans suivre ce tableau à la lettre, nous en retiendrons cependant les éléments principaux et nous aurons surtout à les faire intervenir lorsque nous traiterons du pronostic.

Dans les chapitres qui vont suivre nous étudierons successivement :

1° Les caractères anatomiques extérieurs des tumeurs du bassin ;

- 2° Les symptômes et le diagnostic ;
- 3° Le pronostic ;
- 4 La conduite qu'il convient de tenir pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION ANATOMIQUE.

Pour les raisons que nous avons données, nous n'entreprendrons pas de faire successivement l'anatomie pathologique de tous les néoplasmes qui peuvent se rencontrer sur les os du bassin. Nous nous contenterons d'exposer les caractères extérieurs des tumeurs qui ont été cause de dystocie, et pour cela nous diviserons ces tumeurs en trois grands groupes :

1° Tout d'abord nous étudierons les exostoses, tumeurs qui restent toujours bénignes, qui ne se développent que lentement, et dont le volume, toujours restreint, est par contre toujours irréductible.

2° Nous rangerons dans un second groupe les tumeurs dont le volume peut acquérir plus ou moins rapidement de grandes dimensions : qu'elles soient franchement malignes comme les ostéosarcomes, ou seulement susceptibles de le devenir comme les enchondromes.

3° En troisième lieu nous étudierons les fibromes : ces tumeurs, tout en restant bénignes comme celles du premier groupe, peuvent ac-

quérir un volume considérable comme celles du second. En outre, caractère qui leur est propre, elles sont plus ou moins pédiculées, plus ou moins mobiles, ce qui permettra parfois d'en faire l'ablation.

PREMIER GROUPE.

Tumeurs bénignes de petit volume, irréductibles.

Ce premier groupe sera surtout constitué par les exostoses, tumeurs bénignes qui ne s'accroissent que lentement et qui n'atteignent jamais de grandes dimensions. A côté des exostoses nous rangerons d'autres saillies osseuses qui ont parfois une influence fâcheuse sur l'accouchement : les épines des bassins rachitiques et les cals difformes. Mais nous renvoyons au groupe suivant, bien qu'elles soient décrites sous le nom d'exostoses, certaines tumeurs qui présentaient un volume considérable et étaient creusées de cavités contenant une matière plus ou moins liquide.

I. — *Exostoses.*

A. *Siège.* — Les exostoses se développent ordinairement là où il y a du cartilage. C'est ainsi qu'au bassin nous rencontrons surtout ces tumeurs en arrière au niveau du promontoire et des articulations sacro-iliaques; et en avant derrière la

symphyse pubienne. En effet, sur 14 cas où le siège est indiqué, nous trouvons trois fois le pubis et onze fois le sacrum, et pour ces derniers cas il s'agit presque toujours du promontoire : la concavité du sacrum n'est indiquée que trois fois. C'est dire que les exostoses occupent surtout le détroit supérieur du bassin, et que leur siège est presque toujours dans le voisinage des extrémités du diamètre antéro-postérieur de ce détroit, c'est-à-dire du diamètre le plus petit.

B. *Volume*. — En général, le volume des exostoses ne dépasse pas les dimensions d'une noix ou d'un œuf.

Aussi ces tumeurs seraient-elles rarement dangereuses pour l'accouchement si elles ne siègeaient pas si souvent dans les parties les plus étroites du bassin.

C. *Forme*. — Les exostoses peuvent affecter deux formes différentes : elles peuvent-être limitées ou étalées.

Limitées, elles tendent à prendre une forme plus ou moins arrondie, hémisphérique, mais leur surface est rarement lisse ; le plus souvent elle représente de petites inégalités, des alternatives de saillies et de dépressions qui la rendent rugueuse au toucher.

Étalées, elles prennent la forme d'arêtes. C'est ainsi que chez certaines femmes qui ont eu dans leur enfance une maladie du système osseux, les cartilages inter-articulaires forment des saillies al-

longées donnant naissance à des sortes d'arêtes. On peut ainsi observer derrière la symphyse pubienne un véritable éperon qui, bien que ne formant qu'à peine une saillie de un demi-centimètre, pourra gêner considérablement au moment de l'accouchement.

D. *Consistance*. — *Fixité*. — L'exostose est une tumeur absolument dure, de consistance osseuse. Elle est sessile; à large implantation osseuse; elle fait corps avec l'os dont le périoste la recouvre; elle est donc absolument fixe et immuable.

E. *Multiplicité*. — Un autre caractère de l'exostose, c'est d'être rarement unique. Sur une pièce du musée Dupuytren (1), on voit un sacrum présentant une exostose sur sa face antérieure et une autre sur sa face postérieure. Mais la multiplicité est surtout nettement indiquée dans une observation de Birnbaum (2): Chez une femme morte à la suite d'un accouchement prématuré provoqué, le bassin, les os de la cuisse, de la jambe, la clavicule, les os du bras, de l'avant-bras étaient couverts d'exostoses nombreuses et symétriques.

II. — *Épines osseuses*.

On désigne sous ce nom des saillies osseuses plus ou moins aiguës que l'on rencontre principa-

1. Musée Dupuytren, pièce n. 385 b.

2. Birnbaum. *Monatssch. für Geburtskunde*, 1864, t. 24, p. 449.

lement sur les bassins rachitiques. Ces saillies ou épines, qui n'ont rien de commun avec les néoplasmes des os, mais le plus souvent sont une conséquence du rachitisme, siègent surtout sur le pourtour du détroit supérieur.

On les rencontre sur la crête des pubis, sur l'éminence ilio-pectinée et au niveau du promontoire. On en a signalé au niveau de la fosse iliaque interne.

Comme leur nom l'indique, ces saillies sont acérées, en forme de dard ; mais elles ne sont pas volumineuses en général, atteignant tout au plus un centimètre de longueur. Cependant, dans un cas rapporté par Léopold (1), on pouvait observer, partant de la fosse iliaque interne, une épine qui ne mesurait pas moins de 8 centimètres de longueur ; mais, grâce à son siège, cette épine était en grande partie cachée par les masses musculaires.

III. — *Cals difformes.*

Les cals difformes peuvent se présenter sous deux aspects bien différents.

A la suite d'une fracture du bassin dont le déplacement n'a pas été réduit, ce qui est fréquent, la consolidation se fait dans une position vicieu-

1. Léopold. *Archiv. für gynäkologie*, 1872, t. IV, p. 336.

se : il peut alors en résulter une déformation plus ou moins accentuée du bassin sans qu'il y ait trace de tumeur. C'est ce qui avait lieu dans les observations de Papavoine et de Roulawd-Gibson rapportées par Lenoir (1) et dans une observation de Thomas Fairbank (2).

Dans d'autres cas, au contraire, il y a au niveau du trait de fracture formation d'un cal qui prend des dimensions plus ou moins grandes et vient proéminer dans le bassin. Lenoir en rapporte également deux exemples : un cas de David où on trouve dans la concavité du sacrum une tumeur formée par un cal réunissant deux fragments de cet os; et un cas de James Barlow, où le cal englobait les deux pubis.

Le cal peut siéger également sur les parties latérales du bassin. Il résulte alors de l'enfoncement de la cavité cotyloïde, comme dans le cas dont parle Burns (3), où il formait une saillie de deux doigts dans le bassin. On voit un exemple de cette fracture au musée Dupuytren (4), mais il n'y a pas d'indication sur la provenance. On voit dans le même musée une pièce (5) dans laquelle, à la suite d'une arthrite sèche, le fond de la cavi-

1. Lenoir. *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements*, p. 71.

2. Thomas Fairbank. *London obstetrical transactions*, 1867, t. IX, p. 1.

3. Burns. *The principles of midwifery. tenth édition*, 1843. p. 33.

4. Musée Dupuytren, pièce n° 13.

5. Musée Dupuytren, pièce n° 5571 I (prof. Jarjavay. 1868).

té cotyloïde est dévié en dedans et fait saillie dans la cavité pelvienne.

SECOND GROUPE.

Tumeurs dont le volume atteint de grandes proportions. Malignes en général.

Les tumeurs que nous réunissons dans ce groupe ont un volume souvent considérable, et en tout cas toujours susceptible de s'accroître rapidement : ce sont d'une façon générale des ostéosarcomes et des enchondromes. Nous pouvons y joindre un cas de carcinome métastatique du sacrum rapportée par Toporski (1) et que nous relatons plus loin (page 43).

Ces tumeurs ont toujours une mauvaise influence sur la santé générale ; les ostéosarcomes dès le début ; les enchondromes, dès qu'ils atteignent un certain volume et qu'ils subissent la dégénérescence kystique.

Etudions leurs caractères anatomiques extérieurs

A. *Siège.* — D'après Havage (2), c'est sur l'iléon, dans les fosses iliaques interne et externe, que l'on rencontrerait surtout l'ostéosarcome du bassin. Nous n'avons jamais rencontré ce fait noté dans

1. Toporski, thèse de Breslau, décembre 1884.

2. Havage, thèse de Paris, 1882.

les observations que nous avons recueillies, ce qui tient évidemment à ce que, quand il occupe ces points, l'ostéosarcome ne devient pas cause de dystocie.

Nous trouvons l'ostéosarcome, comme du reste l'enchondrome, aux extrémités de tous les diamètres du bassin. C'est encore en arrière que l'on rencontre surtout ces tumeurs, mais leur base est loin d'être aussi nettement limitée que pour l'exostose. Si le sacrum est atteint dans plus de la moitié des cas, les os voisins sont souvent pris en même temps que lui : souvent la tumeur part de l'articulation sacro-iliaque et atteint à la fois les deux os qui s'y réunissent.

Les pubis sont rarement pris isolément.

Mais nous voyons dans presque la moitié des cas, la tumeur se développer sur les parties latérales de l'excavation. Elle occupe alors l'acétabulum et la face interne de l'ischion ; sa base peut s'étendre jusqu'à la face interne de l'os pubis correspondant. Il arrive même parfois que la tumeur englobe toute une partie de la paroi du bassin qui disparaît dans son épaisseur : nos figures de la page 20 en montrent un très bel exemple.

B. *Volume*.—L'ostéosarcome et l'enchondrome forment presque toujours des tumeurs de volume considérable atteignant presque constamment les dimensions d'une tête fœtale. Ils remplissent toute l'excavation, ne laissant qu'un étroit passage entre la tumeur et les parois du bassin. Souvent

même l'excavation ne leur suffit pas et ils envahissent les espaces voisins. Dépasant le détroit supérieur, ils s'étendent dans le grand bassin ; ou bien, sortant de l'excavation par son ouverture inférieure, ils viennent faire saillie au périnée ou à la face interne de la cuisse (Obs. I, p. 21). Parfois même ils sortent par les échancrures sciatiques et viennent bomber fortement en arrière (Obs. II, p. 29).

Néanmoins on ne rencontrera pas toujours ces dimensions énormes. Il peut se faire, en effet, que l'on observe la tumeur peu après son début, mais ces cas sont beaucoup plus rares (Obs. XI, p. 55).

C. *Forme.* — La forme de ces tumeurs offre de grandes variétés. Au début, l'ostéosarcome fait généralement corps avec l'os : il est étalé, mal circonscrit ; c'est un simple épaissement, une tuméfaction diffuse. Mais bientôt il arrive, comme l'enchondrome, à former des masses de formes diverses, tantôt sphériques, tantôt plus ou moins cylindriques, tantôt pyriformes.

Ces masses sont la plupart du temps bosselées, présentant une multitude de saillies séparées par des sillons.

Voici du reste deux observations dans lesquelles, l'autopsie ayant été faite, on trouvera une description détaillée des tumeurs.

OBSERVATION I (inédite).

(Communiquée par M. le Dr Bar, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis).
Enchondrosarcome de la paroi droite de l'excavation. Opération césarienne avant le début du travail. Succès pour la mère et l'enfant.

La nommée M..., âgée de 29 ans, enceinte pour la sixième fois, est entrée le 27 avril 1886, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Landouzy.

Cette femme n'a pas d'antécédents héréditaires. Elle a marché à 20 mois. Comme maladie, elle n'a eu que des gourmes. Elle a été réglée à 14 ans; la menstruation est facile et régulière, d'une durée de trois jours.

Première grossesse à 18 ans $1/2$. Accouchement normal : enfant vivant qui jouit actuellement d'une bonne santé.

Deuxième grossesse à 22 ans. Enfant vivant, qui meurt à deux ans d'une bronchite.

Troisième grossesse à 25 ans. Enfant mort au septième mois. C'est à cette époque que la malade commence à avoir des douleurs dans la jambe droite.

Quatrième grossesse à 26 ans. Accouchement au septième mois d'un enfant mort depuis 15 jours.

Cinquième grossesse à 27 ans. Grossesse double. Accouchement au huitième mois de deux garçons vivants qui meurent au bout de 15 jours. Le travail dura 10 heures : il y eut un quart d'heure d'intervalle entre les deux enfants.

Pendant et depuis cette dernière grossesse, la malade souffrit beaucoup ; elle vit s'accroître notablement une tumeur dure, déjà volumineuse, qui siégeait à la partie supérieure et interne de la cuisse droite.

Grossesse actuelle. — Du 19 au 22 octobre 1885, les
Vaille

règles apparurent pour la dernière fois ; cette femme devenait alors enceinte, et, à partir de ce moment, la tumeur prit un développement rapide ; des crises douloureuses très aiguës se déclarèrent dans le membre inférieur droit. Dans l'impossibilité de travailler, ne pouvant plus marcher qu'avec les plus grandes difficultés, épuisée par une toux opiniâtre, la malheureuse vint demander asile à l'hôpital Tenon.

Le 4 mai, M. le D^r Landouzy pria M. le D^r Bar d'examiner cette femme au point de vue obstétrical. M. Bar la trouva enceinte de six mois et demi environ. Son état général était mauvais et déjà cachectique. Elle était de plus atteinte d'une tumeur que l'on crut être un ostéosarcome développé aux dépens de l'os iliaque droit.

Cette tumeur, dure, faisait une forte saillie au niveau du pli génito-crural droit ; elle augmentait considérablement le volume de la racine de la cuisse et refoulait notablement à gauche la fente vulvaire. L'extension complète de la cuisse sur le bassin était impossible. En arrière, la fesse droite avait également un volume énorme et descendait plus bas qu'à l'état normal : le sillon inter-fessier était repoussé du côté gauche.

Les figures suivantes donneront d'ailleurs une idée exacte de ces déformations. Elles ont été dessinées d'après des photographies et représentent la malade vue de face (*fig. 1*) et vue de dos (*fig. 2*).

La tête n'avait aucune tendance à s'engager. Elle glissait au contraire au-dessus du pubis, et le fœtus tout entier était pour ainsi dire projeté en avant du bassin, en distendant fortement l'abdomen.

La tumeur remplissait tellement l'excavation que le doigt pressé entre elle et l'os iliaque gauche ne pouvait atteindre le col utérin. En somme, tout accouchement par les voies naturelles était impossible ; il y avait lieu de recourir à l'accouche-

ment césarien que l'on décida de pratiquer une dizaine de jours avant l'époque présumée du terme de la grossesse.

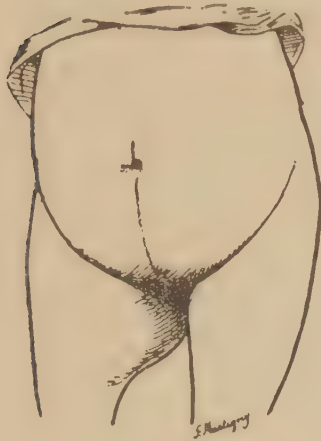


Fig. 1.



Fig. 2.

Le 4 juillet 1886, la malade ayant été préparée et toutes les précautions antiseptiques habituelles ayant été prises, M. Bar pratiqua l'opération césarienne et fit l'extraction d'un garçon vivant.

Les détails de cette opération ont été publiés dans la *Semaine médicale* du 2 février 1887. Disons seulement ici qu'après avoir lavé l'utérus et avant de refermer la plaie, M. Bar plaça dans la cavité utérine un drain volumineux en caoutchouc vulcanisé, traversant le canal cervical et venant par un segment dont les parois étaient dénuées de trous, parcourir le vagin pour sortir à la vulve. Cette pratique avait pour but, étant donnée l'impossibilité d'atteindre le col par le toucher vaginal, de permettre de faire aisément des lavages utérins, si plus tard ils devenaient nécessaires.

Aucun accident grave ne survint pendant les jours qui sui-

virent. Le météorisme fut presque nul, et, dès le début, l'écoulement lochial se fit régulièrement par le drain. Cependant, les trois premiers jours, il fallut lutter contre des vomissements fréquents pour lesquels l'opérée dut s'abstenir complètement de boissons.

Pourtant, dans la nuit du quatrième au cinquième jour, il y eut un léger frisson; la température, qui n'avait pas dépassé 37° 8, s'éleva alors à 38°. Le pouls devint rapide, atteignit le chiffre de 130 pulsations. La malade, très fatiguée, se plaignait d'une vive douleur au niveau de l'utérus, et on crut devoir faire dans la journée quatre lavages utérins, ce que la présence du drain rendit facile. L'état s'améliora rapidement, et, le sixième jour, l'opérée pouvait être considérée comme étant hors de danger. Les symptômes fébriles persistèrent toutefois jusqu'au douzième jour, où on retira les fils et le drain. A ce moment, on eut l'explication de cette complication en voyant s'ouvrir au dehors un abcès assez volumineux qui se tarit en quelques jours. La malade, remise, pouvait se lever dès le 30 juillet.

Malheureusement, l'opération césarienne n'avait rien pu contre le développement de la tumeur cancéreuse, dont l'accroissement s'était encore accentué depuis la délivrance. Des symptômes alarmants ne tardèrent pas à se montrer.

Dans les premiers jours du mois d'août, la malade fut prise de dyspnée. Elle avait des sueurs abondantes; le pouls était rapide, petit et régulier.

Des râles sous-crépitaux s'entendaient dans toute la poitrine.

On percevait au cœur un souffle au premier temps et à la pointe, et un léger souffle présystolique; les battements du cœur avaient du reste leur intensité normale.

M. le D^r Hanot, consulté en l'absence de M. le D^r Landouzy, conclut à une endomyocardite infectieuse. On ad-

ministra pendant quelques jours, à la dose de XX gouttes, de la teinture de digitale, qui amena un mieux sensible.

20 août. — La malade souffre beaucoup de sa cuisse. Elle a de l'œdème des pieds, de l'œdème de la cuisse malade et de la grande lèvre correspondante. La tumeur augmente de volume.

Le 27 août, on voit s'ouvrir un petit abcès sous-cutané de la paroi abdominale, à l'extrémité inférieure de la cicatrice. En même temps on remarque de la rougeur de la peau dans le pli génito-crural droit, au niveau de la circonférence interne de la tumeur; la fluctuation y est très manifeste. On ouvre l'abcès, qui laisse écouler une assez grande quantité de pus séreux d'odeur infecte.

Cet abcès continue à suppurer dans le courant de septembre, malgré des injections à l'eau phéniquée à 1 pour 20 et des pansements à l'iodoforme.

La cachexie fait des progrès rapides.

Des eschares apparaissent au sacrum et aux deux talons.

La malade décline de jour en jour, et elle meurt le 28 septembre, 87 jours après l'opération.

L'enfant, un garçon, pesait 2770 grammes à sa naissance. Il était bien constitué, et il augmenta régulièrement de poids jusqu'au 1^{er} août. A cette époque il fut envoyé en nourrice, où il mourut le 16 septembre.

Autopsie de la mère. — Après avoir tracé un lambeau à concavité inférieure, dont le sommet répond au creux épigastrique, et avoir rabattu ce lambeau, on voit au niveau de la cicatrice de nombreuses adhérences assez étroites avec le gros intestin, et avec le petit, surtout à droite.

A droite et en bas, en un point répondant à la partie inférieure de la cicatrice, on trouve un foyer purulent présentant les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent, répondant

par sa face antérieure à la paroi abdominale. Au fond se trouve un amas de fils ressemblant à un amas de vers. Le foyer, qui ne contient pas de pus liquide, est limité : à droite, par le cœcum très adhérent au péritoine ; à gauche, par l'intestin grêle ; en haut, par le grand épiploon qui ne se trouve pas modifié (épiploon qui avait été ramené pendant l'opération au-devant de la plaie).

Longueur de l'utérus : 9 centimètres. Sur la face antérieure de l'utérus on trouve des fils de soie formant des anses extrêmement lâches ; les nœuds sont encore très nets.

Le cœur est mou, flasque, s'étalant facilement ; les fibres musculaires ont une teinte feuille morte. L'endocarde présente sur la valve droite de la valvule mitrale, vers la partie moyenne du bord libre de cette valve, un champignon inflammatoire ayant environ 2 ou 3 millimètres dans tous les sens, assez résistant au doigt, et qui fait saillie sur la face de la valve qui était en rapport avec le sang. Rien aux autres orifices.

Le poumon gauche présente en arrière et vers sa partie moyenne des petits îlots grisâtres assez abondants, mal délimités, ne faisant pas saillie à la surface du poumon, paraissant constitués par des éléments cancéreux.

Les autres organes ne présentent rien à signaler.

A part la tumeur dont il est atteint, le bassin est normalement conformé : les figures ci-dessous le représentent sous deux aspects différents, vu d'avant et vu d'arrière.

La tumeur est développée aux dépens de la paroi droite du bassin qu'elle englobe dans son épaisseur. Restent seuls libres : en haut, la fosse iliaque interne et les trois quarts supérieurs de la fosse iliaque externe ; en avant, le corps du pubis.

L'ischion et sa branche ascendante, ainsi que la branche descendante du pubis, le trou obturateur et toutes les parties qui entourent la cavité cotyloïde disparaissent dans la tumeur ;

la cavité cotyloïde elle-même est très rétrécie. La branche horizontale du pubis et la partie supérieure de la cavité cotyloïde sont en partie détruites.

La tumeur, très volumineuse, cylindrique dans sa forme générale, mesure 20 centimètres de haut en bas; 15 centimètres de droite à gauche; 12 centimètres d'avant en arrière. Le tiers supérieur est contenu dans l'excavation; les deux tiers inférieurs sont situés au-dessous.

En haut, la tumeur atteint le détroit supérieur sans le dépasser; elle adhère à ce détroit depuis la symphyse sacro-iliaque droite jusqu'à 4 centimètres de la symphyse pubienne.



Fig. 3.

En arrière, la tumeur n'atteint pas le sacrum, mais il ne reste entre les deux qu'un étroit espace de un centimètre. A gauche,

la tumeur dépasse la ligne médiane dans l'excavation. Elle n'est séparée de la paroi gauche du bassin que par un espace de 4 centimètres environ qui se réduit à 3 centimètres au niveau de l'épine sciatique et à 2 centimètres au niveau de la branche descendante du pubis.

Vue par sa face antérieure (*fig. 3*) la tumeur apparaît divisée en deux parties par ce qui reste de la branche horizontale du pubis. La partie inférieure, qui comprend les deux tiers de la tumeur, est elle-même composée d'une masse arrondie volumineuse, flanquée sur sa face externe d'une autre masse beaucoup plus petite.

Vue par sa face postérieure (*fig. 4*), la tumeur présente une



Fig. 4.

large surface plane parcourue de haut en bas par un sillon assez profond. Il existe du reste, sur toute la surface de la

tumeur, une multitude de sillons plus ou moins accentués délimitant des mamelons et des rugosités.

La tumeur est absolument creuse, et réduite à une coque résistante. En avant et à gauche se trouve un orifice par lequel elle s'est vidée par la suppuration.

OBSERVATION II (résumée).

Behm. — *Monatsschrift für Geburtskunde*, 1854, t. IV, p. 12. Tumeur du sacrum. — Opération césarienne. — Mort de la mère.

Femme de 29 ans, délicate, de constitution faible, présentant des traces de rachitisme.

Réglée à 13 ans, régulièrement, elle s'est toujours bien portée étant jeune fille.

Elle se maria à 22 ans, en novembre 1844. A ce moment apparurent des douleurs dans la région sacrée, dans la sphère du nerf sciatique, le long de la cuisse gauche. Ces douleurs, légères au début, disparurent pendant un certain temps par les frictions et le repos, mais elles reparurent ensuite avec violence.

Première grossesse en avril 1845. — Les douleurs augmentent pendant cette grossesse : la malade est tourmentée sans cesse et ne peut rester debout longtemps.

L'accouchement eut lieu le 4 janvier 1846. Le travail durait depuis deux jours, la tête ne s'engageait pas.

On trouva dans le bassin une tumeur du volume d'un œuf de poule, de consistance dure, siégeant dans le voisinage du promontoire et de l'articulation sacro-iliaque gauche. Après une tentative inutile de forceps, on fit la perforation et on parvint à extraire l'enfant au bout d'une heure et demie d'efforts.

Les suites de couches furent normales. Vers la troisième se-

maine, les douleurs reparurent plus accentuées que jamais. Bientôt la malade ne put supporter que la position abdominale. Augmentation de la tumeur. Amaigrissement des membres inférieurs. Paralyse de la jambe droite, de la vessie et du rectum.

Trois années après le premier accouchement, la tumeur était devenue si grosse qu'elle remplissait aux trois quarts le petit bassin. Elle prit voie également par l'échancrure sciatique gauche vers le dehors du bassin et peu à peu elle envahit la moitié gauche du siège.

En 1851, contre toute attente, survint une seconde grossesse. La tumeur, volumineuse, dure, fixe, ne laissait derrière le pubis qu'un étroit espace de moins d'un pouce. L'abdomen était fortement porté en avant.

Le travail débuta le 3 septembre, mais la tête ne pouvait s'engager.

Le 4 septembre on fit l'opération césarienne.

Il s'agissait d'une grossesse double : on fit l'extraction d'une fille et d'un garçon vivants.

La femme mourut cinq jours après l'opération.

Examen du bassin. — La cavité du bassin est remplie par une masse osseuse qui recouvre le sacrum tout entier à partir du promontoire, de telle sorte que cet os n'est plus visible. Cette masse s'avance encore en haut au-dessus du détroit supérieur, sans adhérer à la ligne innominée. Enfin, passant par les échancrures sciatiques du côté gauche, elle vient faire saillie en haut et en arrière. Elle cache en partie les apophyses épineuses des vertèbres sacrées. Elle pénètre aussi dans le canal sacré.

La surface de la tumeur est irrégulièrement bosselée, rude, noueuse. Elle présente çà et là, surtout en arrière, des trous qui conduisent à des cavernes assez spacieuses situées dans son intérieur.

La structure est spongieuse, poreuse.

Dans les cavités on trouve une sérosité jaune, aqueuse.

D. — *Consistance*. — La consistance des ostéosarcomes et des enchondromes n'est pas uniformément dure comme celle des exostoses. A côté de points très résistants, on trouve d'autres points qui se laissent déprimer par le doigt. Ces variations dans la consistance tiennent au ramollissement partiel de la tumeur, à la formation de kystes dans l'intérieur. La coque osseuse donne au doigt une sensation d'élasticité particulière : elle crépite comme le ferait un parchemin. Si le ramollissement est assez prononcé, on peut même observer des points nettement fluctuants.

L'observation suivante nous donne un bel exemple de tumeur kystique.

OBSERVATION III (résumée).

Paul Zweifel. *Archiv. für gynækologie*, 1881, t. 17, p. 361.

Enchondrome du sacrum. — Opération césarienne. —

Mort de la mère.

La femme Marg. G... avait toujours été bien portante. Aussi ne s'était-elle épargnée aucune fatigue pendant sa grossesse.

Elle était entrée en travail ; la poche des eaux s'était rompue ; mais l'accouchement n'avait pas avancé. La sage-femme trouva qu'une anomalie se présentait et conseilla de faire appeler un médecin. Celui-ci hésita entre une présentation de la

tête du premier enfant d'une grossesse double ou une tumeur dans le bassin.

Par le vagin, on trouvait immédiatement une tumeur qui pouvait de prime abord en imposer pour la tête. Une coque dure avait quelques points plus mous et dépressibles.

Par le rectum, on constatait que la tumeur sortait du sacrum, qu'elle était immobile et à base large.

Au-dessus de la tumeur la tête était mobile.

En avant, entre la symphyse et la tumeur, le médius et l'index ne pouvaient être introduits ensemble. L'espace libre n'avait pas même la largeur de deux travers de doigt : il y avait indication pour une opération césarienne.

On fit l'opération césarienne d'après le procédé classique avec précautions antiseptiques. On eut un enfant vivant.

La malade alla bien jusqu'au troisième jour ; à ce moment survint une péritonite qui l'enleva en deux jours.

Examen du bassin. — La tumeur remplit uniformément le petit bassin ; elle est ronde et à peu près de la grosseur d'une tête fœtale. A la section, on voit qu'elle est remplie de nombreux kystes dont la paroi est en partie osseuse, en partie fibreuse. Les plus extérieurs sont les plus grands ; les plus petits sont situés près du sacrum. Les os du sacrum sont atteints de dégénérescence kystique ; il ne subsiste intacte qu'une portion de la deuxième et toute la première vertèbre.

E. — *Réductibilité.* — Les ostéosarcomes et les enchondromes adhèrent toujours intimement au squelette : tout déplacement de la tumeur est donc absolument impossible.

Mais ces tumeurs étant souvent kystiques, ne serait-il pas possible de les réduire par la ponction ?

C'est ce que l'on a essayé de faire plusieurs fois toujours sans succès. Ces tumeurs ne diminuent pas de volume par la ponction ; mais cependant, en raison de leur consistance relativement faible, elles sont susceptibles de se laisser comprimer un peu par le passage du fœtus.

Nous en avons un exemple dans l'observation suivante :

OBSERVATION IV (résumée).

Berry. *London obstétrical transactions*, 1865, t. VII, p. 267. Cancer du sacrum. — Craniotomie. — Déchirure utérine. — Mort de la mère.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, arrivée au terme de sa treizième grossesse. Les accouchements antérieurs ont toujours été faciles. Huit enfants sont encore vivants.

Environ 18 mois auparavant était apparue une grande douleur dans la région du sacrum, et cette douleur continua plus ou moins forte jusqu'à l'époque actuelle. Devenue enceinte, la malade entra en travail au terme plein de sa grossesse ; les membranes se rompirent, mais la tête de l'enfant ne descendit pas dans l'excavation.

La partie postérieure du bassin était occupée par une tumeur qui remplissait la concavité du sacrum, s'étendant en haut jusqu'au détroit du bassin et en bas jusqu'à la partie inférieure du vagin ; cette tumeur s'avancait dans l'excavation, réduisant le diamètre antéro-postérieur à moins de deux pouces. Elle semblait donner une fluctuation obscure ; elle était légèrement compressible et fut supposée contenir un liquide visqueux. Par le toucher rectal, on sentait plus distinctement la fluctuation.

Une ponction exploratrice ayant donné issue à une matière crémeuse, on fit une ponction à travers le rectum avec le trocart courbe. Mais au lieu d'un contenu fluide, ce fut un flot de sang qui s'écoula de la canule, jusqu'à ce qu'on l'eut retirée. Malgré cette perte considérable de sang, la tumeur n'avait pas diminué sensiblement de volume.

On songea alors à faire l'opération césarienne ; puis on se décida à faire la craniotomie. Mais après la perforation et l'évacuation de la matière cérébrale, on ne put avoir la tête ni avec le crochet, ni avec le forceps, ni avec le cranioclaste ; on arracha petit à petit la totalité de la voûte du crâne. On fit alors la version, et, après avoir atteint les pieds avec difficulté, on parvint à extraire l'enfant ; mais il fallut déployer une force considérable.

La femme était dans un état d'épuisement complet : elle mourut une heure après la délivrance.

A l'autopsie, on trouva une déchirure du vagin et de l'utérus sur une étendue de deux pouces.

La tumeur, dont le volume était très réduit, avait une structure encéphaloïde ; elle était très vasculaire et s'élevait des os du sacrum.

Si la ponction ne diminue pas le volume des tumeurs dont nous nous occupons, nous avons cependant recueilli un cas dans lequel l'incision de la tumeur avec le bistouri donna issue à une substance de la consistance de la matière cérébrale, et la tumeur s'affaissa. Mais l'examen ultérieur ne put être fait, et il reste des doutes sur la nature exacte de la tumeur.

Voici du reste l'observation :

OBSERVATION V (résumée).

(Chapman (de Brooklyn). *Archives de tocologie*, 1881, p. 493).

Tumeur stéatomateuse. Incision. Accouchement par forceps.

La tumeur, s'opposant à l'accouchement, partait du promontoire du sacrum et des parties voisines, occupait les deux tiers du détroit supérieur, s'étendait dans l'excavation pelvienne, et se terminait par une masse globuleuse du volume d'un œuf de dinde. Elle donnait au toucher une sensation de résistance comme de nature fibreuse, mais en même temps un certain degré d'élasticité. Elle s'étendait dans toutes les directions à sa base, qui était solidement implantée, et résistait à tout effort de déplacement, soit en haut, soit latéralement.

Ponction exploratrice : Le trocart introduit par le vagin, dans la partie la plus libre de la tumeur, ne donna issue à aucun liquide, et cependant on sentait que sa pointe se mouvait librement dans tous les sens, ce qui indiquait qu'on avait pénétré dans une cavité, mais dont le contenu n'était probablement ni liquide ni semi-liquide.

En incisant avec le bistouri les parois épaisses et fibreuses de cette cavité, on vit sourdre une substance de la consistance de la matière cérébrale. La tumeur s'affaissa et on put aussitôt terminer l'accouchement par le forceps. L'enfant était mort.

La mère mourut six jours après de péritonite, mais l'autopsie ne put être faite.

TROISIÈME GROUPE.

Tumeurs bénignes de volume variable, plus ou moins mobiles et susceptibles d'être enlevées.

Nous constituons ce troisième groupe avec les fibromes, qui ont été nettement séparés des autres tumeurs du bassin dans ces 30 dernières années, après avoir fait l'objet d'une discussion à la Société de Chirurgie en 1860. D'après Nicaise (1) ces tumeurs fibreuses du bassin, dont un des caractères les plus importants est d'être pédiculées, « prennent toujours naissance dans les tissus fibreux ou aponévrotiques, rarement sur le périoste seul. Le plus souvent elles ont leur point d'implantation à la fois sur le périoste et les aponévroses d'insertion, et il semble que dans la majorité des cas le point de départ se trouve au niveau même de l'union de ces aponévroses avec le périoste. »

Ces tumeurs siègent surtout en dehors du bassin, principalement au niveau de la crête iliaque et des fosses iliaques ; on en a vu cependant qui, siégeant dans l'excavation, avaient été causes de dystocie. Nous croyons pouvoir rapprocher de ces faits authentiques, d'autres observations dans

1. Nicaise. *Revue mensuelle de médecine et chirurgie*, 1878, p. 752.

lesquelles la tumeur, non décrite histologiquement, était réunie au squelette par un pédicule, et présentait les caractères extérieurs des fibromes, c'est-à-dire leur dureté, leur surface lisse, leur forme régulière, sphéroïde.

A. *Siège.* — Lorsque les fibromes occupent la paroi postérieure du bassin, c'est au niveau de la symphyse sacro-iliaque qu'ils se développent. Lorsqu'ils occupent la paroi latérale, ils adhèrent surtout au ligament sacro-sciatique et à la membrane obturatrice, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION VI (résumée).

Braun. *Wiener medizinische Wochenschrift* 1863, p. 6. Tumeur fibreuse de la paroi gauche du bassin. Acc. prématuré artificiel. Mort.

Femme âgée de 26 ans, forte, ayant accouché il y a trois ans d'un enfant à terme. S'est toujours bien porté depuis.

23 mai 1855. — La malade est arrivée à la 34^e semaine d'une seconde grossesse. L'enfant, qui se présente par le siège, est vivant.

Par le toucher vaginal, on trouve à la paroi gauche du bassin une tumeur convexe, lisse, ovale, grosse comme une orange, adhérente à l'ischion, dure comme l'os.

De fortes pressions de haut en bas dénotent une très légère mobilité. Le diamètre transverse du détroit inférieur mesure deux pouces et un quart.

On se décide à provoquer l'accouchement par la méthode des douches chaudes de Kiwish.

Le travail se déclare très lentement, et, le 29 mai seulement, on fait l'extraction difficile d'un enfant mort.

Mort de la mère deux jours après, par œdème pulmonaire.

A l'autopsie, on vit que la tumeur était unie au ligament sacro-sciatique, près de l'épine sciatique, et à la membrane obturatrice. Elle s'avancait jusqu'au milieu du petit bassin, et était formée de tissu conjonctif.

B. Volume. — Le volume des fibromes est variable ; mais en général il est considérable. Deux fois la tumeur avait le volume d'une mandarine : ce sont les plus petites dimensions.

Dans les autres cas, la tumeur remplissait en partie l'excavation, elle atteignait le volume d'une tête de fœtus. Mais ces proportions ne sont pas dépassées, et on n'a pas à noter ici un accroissement continu comme pour l'enchondrome. Aussi la tumeur sort-elle rarement des limites du petit bassin : il faut pour cela qu'elle se développe aux environs du promontoire ; quand elle occupe les parois latérales, elle reste tout entière dans l'excavation.

C. Forme. — La forme des fibromes est arrondie ou ovoïde. Une seule fois la tumeur était aplatie : elle présentait sur un de ses bords une échancrure rappelant le hile du rein et d'où partait le pédicule (Obs. XVIII, p. 88). Il est d'ailleurs difficile de dire s'il s'agissait bien d'un fibrome et non d'un enchondrome.

Dans tous les cas, il est noté que la surface est absolument lisse, sans aucune irrégularité.

D. *Consistance.* — Les fibromes du bassin ont une consistance absolument dure. Il n'est jamais noté qu'ils aient eu de la tendance à se ramollir pendant le travail : aussi ne sont-ils aucunement compressibles.

E. Mais ils jouissent d'une propriété importante. C'est d'être plus ou moins mobiles, grâce à leur pédicule. Parfois cependant, par suite des adhérences contractées avec les parties voisines, la tumeur est absolument fixe. Dans l'observation suivante, la tumeur était fixe ; mais, à l'autopsie, il fut possible de la mobiliser en écartant les parties qui l'entouraient.

OBSERVATION VII (résumée).

Dohrn. *Monatsschrift für Geburtskunde*, 1867, t. 29, p. 11. — Fibrome de la paroi postérieure du bassin. — Opération césarienne. — Enfant vivant. — Mort de la mère.

C. D..., primipare de 28 ans, entre le 27 février 1866 à la clinique d'accouchements.

Elle a eu une attaque de rhumatisme il y a trois ans.

La grossesse actuelle n'a rien présenté de particulier.

Le ventre est très développé ; la tête est très mobile au-dessus du pubis gauche.

Par le toucher, on sent une tumeur qui siège sur la face antérieure du sacrum, descend à gauche dans l'excavation, et se termine vers le bord supérieur de la troisième vertèbre sacrée par une voussure en forme de cône aigu. La surface est unie, très dure ; elle est absolument fixe.

Si l'on examine la femme à nu, on voit que la colonne vertébrale présente en haut une légère lordose et en bas un peu de cyphose, avec un peu de déviation latérale du côté droit.

Opération césarienne. — Enfant vivant. — Mort de la mère par péritonite le sixième jour.

La tumeur repose sur le corps de la première et de la deuxième vertèbre sacrée. Absolument dure, elle est légèrement mobile après l'écartement des parties voisines.

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Bien souvent c'est au moment même de l'accouchement que l'on se trouve obligé de faire le diagnostic. On est appelé auprès d'une femme en couches parce que le travail n'avance pas, et il s'agit alors de reconnaître l'obstacle.

D'autres fois la malade vient consulter pendant sa grossesse, soit qu'un accouchement précédent ait été laborieux, soit que la grossesse actuelle soit particulièrement douloureuse. On peut alors, par les renseignements fournis, être mis sur la voie du diagnostic ; mais il peut se faire aussi que l'examen direct seul révèle la présence de la tumeur.

Quoi qu'il en soit, nous allons passer en revue les signes qui peuvent faire reconnaître une tumeur du bassin chez une femme enceinte ou en travail : Nous suivrons pour cela l'ordre des divers procédés d'exploration habituellement mis en usage. Nous ferons ensuite le diagnostic différentiel, en examinant quelles sont les affections avec lesquelles on pourrait confondre celles dont nous nous occupons.

I. — *Interrogatoire.*

L'interrogatoire nous renseignera sur les antécédents de la malade, les symptômes éprouvés par elle, la marche et la terminaison des grossesses antérieures.

1° *Antécédents.* — A. — Nous ne faisons qu'indiquer pour mémoire les antécédents héréditaires qui pourraient exister dans le cas de cancer : nous n'en avons du reste pas trouvé d'exemples.

B. — Parmi les antécédents personnels, nous trouvons plusieurs fois le rachitisme, la scrofule, le rhumatisme : ces maladies n'ont d'ailleurs d'influence que sur le développement des exostoses. La syphilis pourrait aussi être une cause d'exostose : elle n'est jamais signalée dans les observations que nous avons recueillies.

C. — Les chutes, les traumatismes sont notés assez souvent comme ayant été la cause première de la tumeur, surtout lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes. Mais où le traumatisme acquiert surtout de l'importance c'est lorsqu'il détermine des fractures du bassin, d'où pourront résulter des cals vicieux.

D. — Enfin nous avons recueilli un cas dans lequel la malade avait été auparavant opérée pour une affection carcinomateuse du col utérin, et

dans lequel on porta le diagnostic de carcinome métastatique du sacrum.

Voici du reste l'observation :

OBSERVATION VIII (résumée).

(Toporski. Thèse de Breslau, décembre 1884. Obs. VI).

Carcinome métastatique du sacrum. — Craniotomie. — Guérison de la mère.

La femme R..., âgée de 38 ans, enceinte pour la quatrième fois, était antérieurement bien portante ; la menstruation était toujours régulière.

Les dernières règles apparurent en août 1883. Quatorze mois auparavant, cette femme avait eu des hémorrhagies abondantes par le vagin ; elle consulta alors un médecin qui diagnostiqua un carcinome de la portion vaginale du col et en fit l'ablation.

Après cette opération, les hémorrhagies ne se reproduisirent pas, la malade se trouva fort bien et devint enceinte quelque temps après.

La malade entre à la clinique le 20 avril 1884.

Les douleurs assez faibles, ont commencé il y a plusieurs jours, la poche des eaux s'est rompue dès leur apparition.

La malade est grande, bien portante, quoiqu'un peu amaigrée.

L'abdomen est très développé ; l'utérus est dévié à droite. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

L'entrée du vagin est large ; le vagin est ramolli. La portion vaginale du col est absente. L'orifice utérin, en fente transversale, est serré très haut derrière la symphyse.

En arrière de l'orifice utérin, on rencontre une tumeur dure, de la grosseur du poing, qui fait bomber la moitié supérieure de la paroi postérieure du vagin. A travers l'orifice on arrive sur le crâne, dont la suture sagittale est transversale et se rapproche du promontoire. La petite fontanelle est à droite ; la grande fontanelle est inaccessible.

La malade étant soumise au chloroforme, on sent par le rectum une tumeur dure, largement implantée sur le côté gauche du sacrum, grosse comme le poing, s'étendant du milieu du sacrum jusqu'à l'entrée du bassin, cette tumeur a une surface lisse.

Considérant que la parturiente avait été opérée auparavant d'une dégénérescence carcinomateuse du col, la tumeur fut considérée comme un carcinome osseux métastatique.

La tête ne pouvant s'engager, on fit, sous le chloroforme, la perforation de la tête de l'enfant vivant ; puis on fit l'extraction avec le cranioclaste, que l'on dut appliquer à plusieurs reprises.

Le placenta fut expulsé cinq minutes après.

Pendant les suites de couches, il y eut un peu de fièvre due à la rétention de débris placentaires et membraneux. Lavages intra-utérins au sublimé. Curettage utérin. Guérison.

2° Symptômes éprouvés par la malade. — Ces symptômes offrent plus d'intérêt ; mais souvent ils peuvent être nuls.

C'est ce qui arrive toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur bénigne n'ayant pas de grandes dimensions, ou qui, grâce à son siège, peut se développer librement sans comprimer les orga-

nes voisins; la femme ne se doute même pas de sa maladie.

Mais dès que la tumeur acquiert un certain volume, elle détermine des symptômes de compression. Dans les cas de tumeurs bénignes, il n'y a jamais de véritables douleurs; la malade accuse plutôt une sensation de gêne, de pesanteur dans le bassin. Cependant la compression du plexus sacré, des nerfs qui en dépendent, peut devenir le point de départ de troubles spéciaux : la névralgie sciatique est notée plusieurs fois.

La compression de la vessie et de l'urèthre amène des troubles de la mixtion : envies fréquentes d'uriner, difficulté dans l'émission des urines.

La compression du rectum détermine de la constipation.

Enfin il existe parfois de la gêne dans les rapports sexuels, lesquels peuvent même devenir tout à-fait impossibles.

Dans les cas de tumeurs malignes, il existe en outre de la véritable douleur, douleur qui est même presque toujours le phénomène initial. Cette douleur, d'abord locale, est toujours très vive. Elle ne tarde pas à s'irradier, affectant dans quelques cas le caractère rhumatismal, plus souvent se présentant sous les apparences d'une sciatique. Il existe, en outre, des symptômes généraux : la malade est toujours plus ou moins faible, amaigrie, et présente parfois les premiers symptômes de la cachexie.

3° *Marche et terminaison des grossesses antérieures.* — Dans huit seulement des observations que nous avons recueillies la malade était primipare. Dans plusieurs autres, il est vrai, la tumeur avait été constatée dès le premier accouchement. Mais, en général, les tumeurs du bassin se rencontrent surtout chez les femmes multipares, les grossesses antérieures n'étant pas sans influence sur leur développement. Aussi ne faut-il pas oublier qu'une malade peut avoir eu auparavant plusieurs accouchements réguliers et faciles, et être néanmoins atteinte d'une tumeur plus ou moins volumineuse.

(Voy. Obs. I, p. 21 ; IV, p. 33 ; VI, p. 37 ; VIII, p. 43 ; IX, p. 48).

II. — *Inspection.*

Pour les tumeurs bénignes, l'inspection ne donnera le plus souvent que des résultats négatifs. La femme est en général bien conformée et bien constituée, et le squelette n'offre pas de déformation, à moins de coïncidence, comme dans le cas de Dohrn (Obs. VII, p. 39), où, en même temps qu'une tumeur fibreuse partie des dernières vertèbres lombaires, il existait une déviation de la colonne vertébrale.

Sans doute le rachitisme peut être la cause d'exostoses et de saillies épineuses; mais, étant

donnée une femme rachitique dont l'accouchement traîne en longueur, le rétrécissement suffit à lui seul pour expliquer ce retard, et l'on songera rarement, avant l'examen direct par le toucher, à l'existence possible d'une tumeur.

Cependant la présence d'exostoses sur les membres, en raison de la multiplicité fréquente de ce genre de tumeur, pourra en faire suspecter la présence dans le bassin.

Mais ce sont surtout les tumeurs malignes qui pourront se faire reconnaître à la simple inspection. Par leur développement progressif, ces tumeurs viennent faire saillie jusque sous les téguments, et elles amènent alors des déformations très apparentes. Si la tumeur fait saillie en bas, on observera la distension du périnée, la déviation de la vulve et de l'anus, l'effacement du pli génito-crural. On pourra rencontrer une saillie exagérée de l'une des cuisses ou de l'une des fesses, comme cela se voit sur les figures de la page 23. La peau distendue est souvent luisante et très vasculaire.

Ces déformations étaient très accentuées dans l'observation de Stoltz, rapportée dans la thèse de Val Meyer (1).

« Toute la région sacrée et fessière formait une saillie en segment de sphère, légèrement déprimée au milieu et verticalement par la ligne de sépara-

1. Meyer. Thèse de Strasbourg, 1847, n. 171, et *Archives générales de médecine* 1848, 4^e série, t. 17, p. 107.

tion des fesses, et qui avait 78 centimètres de circonférence à sa base et une saillie antéro-postérieure de 10 centimètres ; à ce niveau la peau était luisante, parsemée de veines dilatées. La région périnéale était saillante et convexe ; l'anus s'avancait en forme de cône. »

On en trouvera encore un bel exemple dans l'observation suivante :

OBSERVATION IX (inédite).

(Communiquée par M. le Dr Marchand, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis).

Tumeur de la branche ischio-pubienne gauche. Opération césarienne avant le début du travail. Succès pour la mère et pour l'enfant.

La nommée B... Julie, âgée de 25 ans, ménagère, est entrée le 14 février 1889 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Marchand.

Cette femme n'accuse pas d'antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, elle aurait eu une fluxion de poitrine à l'âge de huit ans.

Elle a été réglée à 15 ans et elle a eu déjà deux enfants, le premier il y a 4 ans, le second il y a deux ans. Les accouchements furent normaux.

La maladie actuelle a débuté sourdement. Il y a un an, la malade sentit un engourdissement dans la cuisse gauche, une douleur en s'asseyant. Elle trouva en même temps une tumeur du volume d'une noix placée à la pointe de la fesse, tumeur très dure et non mobile. Au bout de 3 à 4 mois, la malade consulta un médecin dans son pays : le diagnostic ne fut pas alors posé.

En juillet 1888, la malade devint grosse (les dernières règles survinrent le 18 juillet). A partir de ce moment la tumeur prit un développement plus rapide, et finalement, en février 1889, la malade fut adressée à M. Marchand.

On constate alors une énorme tumeur du petit bassin intéressant la branche ischio-pubienne et remplissant l'excavation pelvienne. Cette tumeur est probablement un ostéosarcome. On constate, en outre, les signes d'une grossesse de 7 mois. L'enfant est vivant.

L'obstruction du bassin est telle que l'accouchement est jugé impossible, et que l'on décide qu'il y aura lieu de pratiquer l'opération césarienne lorsque la malade sera à terme.

La malade entre à l'hôpital le 14 février 1889.

Quinze jours après son entrée, elle prend un fort mal de gorge, avec fièvre intense, mais sans vomissements. Au bout de quatre jours de cet état une plaque d'érysipèle apparaît aux deux oreilles. La malade passe alors au pavillon spécial d'isolement, son érysipèle évolue sans accident, et elle rentre dans le service le 18 mars.

Actuellement, l'état de la malade est le suivant.

État local. — La malade étant couchée sur le lit-spéculum, sa tumeur est très apparente. Elle soulève fortement la région de la fesse gauche, distend le périnée, dévie l'orifice vulvaire du côté opposé, et de même l'orifice anal.

La surface de la peau est très tendue ; le pli fessier gauche est effacé ; la peau est sillonnée de grosses veines bleues. La grande lèvre gauche est repoussée en avant par la tumeur ; aussi on aperçoit un peu la paroi gauche du vagin qui bombe comme les parties voisines. La vulve semble donc entr'ouverte ; cependant les lèvres sont un peu tendues.

A la palpation on se rend compte du volume de la tumeur, qui est plus grosse qu'une tête de fœtus. Sa consistance est

très grande, presque cartilagineuse. On ne peut la mobiliser.

Le toucher vaginal montre qu'elle s'étend très loin dans la profondeur : elle englobe toute la branche ischio-pubienne gauche, et bouche le détroit inférieur au point de toucher par sa convexité la branche ischio-pubienne du côté opposé. En ce point et par suite de la dureté des parties qui se touchent, l'exploration est tout de suite arrêtée, et le vagin est complètement obstrué. Le doigt n'arrive pas à écarter la tumeur de la branche ischio-pubienne opposée. Au-dessous, un espace triangulaire permet l'introduction du doigt, mais on contourne seulement la tumeur, et on n'arrive pas jusqu'à l'utérus. Au-dessus, un espace triangulaire plus petit admet seulement la première phalange et est borné en avant par la symphyse pubienne.

Le toucher rectal est assez facile ; il fait arriver sur le côté postéro-interne de la tumeur. Le rectum est dévié comme le vagin. Sa paroi gauche est, comme celle du vagin, appliquée et tendue sur la tumeur, qui a là les mêmes caractères de dureté et d'immobilité.

La miction se fait sans difficulté. La malade est habituellement constipée ; actuellement cette constipation n'a pas augmenté.

État général. — L'état général est excellent et ne semble jusqu'à présent nullement atteint. A son entrée la malade avait très bonne mine et de l'embonpoint. Depuis son érysipèle, elle a un peu pâli ; mais elle se sent néanmoins très bien portante.

La grossesse n'a pas été influencée par l'érysipèle. Le fœtus est en une position normale. Il remue, on entend les bruits du cœur. Naturellement la tête n'est nullement engagée.

Le 13 avril 1889, la malade étant presque à terme, mais non encore au début du travail, on pratique l'opération césarienne

avec les précautions antiseptiques habituelles. On fait l'extirpation d'une fille vivante.

Les suites de l'opération sont excellentes ; les suites de couches ne présentent rien de particulier, et un mois après l'opération, le 13 mai, la malade retourne chez elle avec son enfant.

D'après les renseignements que nous avons pris récemment, la malade jouit encore d'une assez bonne santé à la date du 13 février 1891 ; la tumeur est restée stationnaire.

L'enfant est toujours vivante et très bien portante.

Il peut même arriver qu'une tumeur entièrement contenue dans l'excavation, si elle est pédiculée et mobile, viennent déformer le périnée au moment de l'accouchement.

Poussée par la tête elle peut faire bomber le périnée à chaque contraction utérine. Putégnat (de Lunéville) a observé un cas de ce genre :

OBSERVATION X (résumée).

Putégnat, de Lunéville. *Gazette des hôpitaux*, 1840. p. 315. — Tumeur de la paroi gauche du bassin. Opération césarienne. — Mort de la mère.

Il s'agissait d'une femme âgée de 30 ans, accouchée par le forceps 18 mois auparavant.

Cette femme était en travail ; la poche des eaux était rompue.

Le périnée était tellement bombé que l'on crut tout d'abord qu'une tête d'enfant menaçait de passer entre la vulve et l'a-

nus. L'erreur ne dura qu'un instant. En effet, en pratiquant le toucher vaginal, le doigt était dejeté à droite par une tumeur énorme dont la surface parcourue était celle d'un solide elliptique. Cette tumeur était dure, indolente, légèrement rénitente. Elle siégeait sur la face concave du sacrum, occupait ainsi la petite excavation pelvienne, et s'étendait au détroit supérieur de telle sorte que l'on ne rencontrait que quelques millimètres entre la tumeur et la branche descendante du pubis.

Au-dessus du détroit supérieur, l'extrémité de l'index parcourait une surface de 27 millimètres au plus de diamètre, et que l'on reconnaissait par le cuir chevelu appartenir à une tête d'enfant, mais dont il n'était pas possible de donner la position. C'est la tumeur qui faisait bomber le périnée, poussée par la tête à chaque contraction utérine.

On pratiqua l'opération césarienne et on eut un enfant vivant. Mais la mère mourut de péritonite au bout de 48 heures.

En disséquant le bassin, on trouva une tumeur fibro-celluleuse, ovoïde, occupant l'excavation du petit bassin et le détroit supérieur ; son pédicule, d'une circonférence de 54 millimètres au moins, prenait naissance sur les ligaments obturateurs, grand sacro-sciatique gauches, et sur la branche du pubis du même côté. La tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme.

Enfin, en dehors de ce qui appartient à la tumeur, l'inspection montrera toujours que l'abdomen est très développé. Parfois même on observe un véritable abdomen pendulum. Non seulement le fœtus ne descend pas dans l'excavation ; mais il se trouve aussi repoussé en dehors du grand

bassin, et il vient surplomber par dessus les pubis (Obs. I et II, p. 21 et 29).

III. — *Palper.*

Le palper montre que le fœtus est toujours élevé, mobile au-dessus du détroit supérieur, n'ayant aucune tendance à s'engager. De plus, lorsque la tumeur fera saillie à l'extérieur, on pourra en apprécier le volume, la forme, la consistance.

IV. — *Toucher.*

C'est par le toucher surtout que l'on pourra avoir des renseignements positifs sur la nature de l'obstacle.

Le plus souvent, le doigt rencontrera immédiatement la tumeur, et on n'aura qu'à en analyser avec soin les différents caractères. On appréciera son volume et on déterminera l'espace qu'elle laisse libre; on verra si elle occupe seulement l'excavation ou si elle remonte au-dessus du détroit supérieur. En même temps, on en constatera la forme, la consistance, la mobilité ou la fixité; on verra si elle est lisse ou rugueuse, unie ou bosselée, si elle est absolument dure ou susceptible de se laisser déprimer; dans ce dernier cas, elle pourrait parfois jouir d'une certaine élas-

ticité et crépiter comme le ferait un parchemin. En explorant sa surface, on cherchera si l'on ne sent pas des battements artériels. Enfin on regardera s'il ne serait pas possible d'attirer la tumeur et de l'enlever.

Il est des cas où la tumeur est tellement volumineuse que le doigt butte contre elle et trouve à peine un étroit passage pour pénétrer dans le vagin. Le vagin lui-même, fortement resserré entre la tumeur et les parois de l'excavation, se trouve réduit à un canal long et étroit au bout duquel il est impossible d'atteindre le col, et à plus forte raison aucune partie fœtale.

Dans d'autres cas, au contraire, la tumeur n'est pas nettement apparente et elle veut être cherchée, tels sont les ostéosarcomes qui ne font qu'une saillie uniforme et peu accentuée à la surface de l'os. C'est alors que la crépitation parcheminée, lorsqu'elle existe, peut rendre de grands services ; mais il est nécessaire de la rechercher avec le plus grand soin en explorant les différents points de la surface.

Dans l'observation que nous rapportons plus loin (Obs. XI), la crépitation n'était sentie que sur une zone très limitée, et on ne la sentait qu'en faisant glisser le doigt transversalement tout en appuyant avec force. Elle était au contraire nettement perçue dans l'observation XII (p. 57).

OBSERVATION XI (Inédite).

Communiquée par M. le Dr Bar, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.
Enchondrome de la paroi postérieure du bassin. — Opération césarienne avant le début du travail. Succès pour la mère et pour l'enfant.

Femme de 22 ans, primipare, entrée à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 21 novembre 1890.

Cette femme a été réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 15 mars. Sa grossesse s'est poursuivie sans aucun accident, et elle se présente à la consultation dans la première quinzaine de novembre, venant s'inscrire pour accoucher dans le service de M. le Dr Bar.

En l'examinant, on trouve par le palper que l'enfant, de volume moyen, se présente par le sommet en O I D T. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Les battements du cœur sont bien frappés.

Le col utérin présente tous les caractères que l'on est accoutumé de trouver à l'époque de la grossesse où est arrivée cette femme. Mais en arrière et à droite de lui se trouve une tumeur qui par sa partie inférieure vient repousser la paroi postérieure du vagin, et dont il est impossible par le palper combiné avec le toucher de délimiter le contour supérieur.

Cette tumeur, qui paraît volumineuse comme une orange, est enclavée dans l'excavation au-dessous de l'utérus ; on peut à peine lui imprimer un mouvement d'élévation quand on cherche à la soulever avec le doigt. Elle est mamelonnée, de consistance inégale, et en un certain point on peut, en la déprimant avec le doigt, percevoir une légère crépitation analogue

à cette crépitation papyracée que l'on rencontre assez fréquemment quand on déprime avec le doigt des pariétaux peu ossifiés.

L'examen plusieurs fois répété donnant toujours les mêmes résultats, on conclut à un enchondrome kystique siégeant dans les trousseaux ligamenteux qui recouvrent en avant la symphyse sacro-iliaque du côté droit.

On pouvait estimer à 7 centimètres le diamètre utilisable pour l'accouchement. L'accouchement spontané n'était plus possible, mais une basiotripsie pouvait permettre de délivrer la malade par les voies naturelles. Cependant, redoutant les froissements qu'une basiotripsie imprimerait à la tumeur, et étant donnés le bon état général de la femme et de l'enfant, ainsi que la possibilité de choisir le moment de l'intervention, M. Bar, après avoir pris l'avis de M. le professeur Tarnier, préféra avoir recours à l'opération césarienne.

La grossesse devait arriver à terme du 25 au 31 décembre 1890. L'opération fut faite le 21 décembre, avant le début du travail, et on fit l'extraction d'une fille vivante.

Les suites de l'opération furent excellentes.

Les suites de couches furent normales, aucune élévation de température ne survint, et dès le 25 décembre la malade pouvait être considérée comme guérie.

Elle quitta l'hôpital vers le milieu de février 1891; à ce moment, la crépitation de la tumeur était un peu moins nette.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 3150 grammes à la naissance; son développement a été normal. L'augmentation de poids a été régulière jusqu'à la sortie de l'hôpital. Le 10 février, l'enfant pesait 3900 grammes.

OBSERVATION XII (résumée).

(James Edmunds. *The Lancet*, 1876, t. II, p. 818).

Enchondrome de la paroi droite du bassin. — Opération césarienne.
Succès pour la mère et pour l'enfant.

Madame R..., 28 ans, primipare, n'a pas d'antécédents pathologiques. Les règles ont toujours été peu abondantes et irrégulières, avec des pertes blanches dans les intervalles, mais autrement la santé a toujours été bonne. Les fonctions de l'intestin et de la vessie ont toujours été normales.

La malade se maria en août 1875, et à ce moment souffrit beaucoup comme d'une obstruction locale. La cause de cette obstruction locale fut alors discutée entre elle et son mari, mais comme d'ailleurs la santé restait bonne, ils ne consultèrent pas de médecin.

Dernières règles en janvier 1876. La grossesse évolua avec une santé parfaite. M. Edmunds voit la malade le 8 octobre 1876. Elle est alors en travail depuis 60 heures, les membranes sont rompues. Les douleurs sont très fortes ; mais la parturiente est très courageuse et les supporte bien.

L'utérus, rétracté sur l'enfant, est dévié obliquement. La tête est au-dessus du bassin dans la fosse iliaque gauche, l'occiput en avant, le front en arrière, le siège dans la région lombaire droite, comme dans une présentation de l'épaule droite avec dos en avant.

Les bruits du cœur sont vigoureux et réguliers.

Par le toucher, on constate que l'excavation est occupée par une tumeur volumineuse, égale, arrondie, comme celle que l'on trouve dans un cas de rétroversion de l'utérus gravide, ou encore comme celle que l'on trouve quelquefois chez les pri-

mipares dans le cas de rigidité de l'orifice du col, lorsqu'une partie du segment inférieur se dilate en une poche contenant la tête fœtale et descend en masse dans l'excavation. Une forte pression digitale semble faire reconnaître cette élasticité craquelante qui indique une tête fœtale dans le plan postérieur. En somme, on a affaire à une masse volumineuse s'élevant du côté droit du bassin et dont la base est absolument fixée à la surface interne de l'ischion : cette masse est probablement un enchondrome ou une tumeur fibro-kystique.

Dirigé en haut, le doigt indicateur passe dans un canal ayant moins d'un pouce de large, resserré entre le côté gauche du bassin et la tumeur, et au bout duquel on atteint le col. Les tissus du rectum et du vagin sont absolument sains, sans infiltration, et nullement incorporés dans la substance de la tumeur.

L'opération césarienne est pratiquée sous le chloroforme et avec précautions antiseptiques. On obtient un enfant vivant. La mère se rétablit.

Dans certains cas, le toucher rectal pourra rendre des services pour bien explorer une tumeur siégeant sur le sacrum ; mais il aura toujours moins d'importance que le toucher vaginal.

De même, le cathétérisme pourra servir pour explorer une tumeur siégeant derrière le pubis. Il permettra, en outre, de délimiter exactement l'espace occupé par la vessie et d'éliminer par suite toutes les tumeurs qui appartiendraient à cet organe.

Tels sont les symptômes que l'on peut reconnaître par les différents moyens d'investigation ;

on peut avoir à les utiliser pendant la grossesse ou au moment même du travail.

a) Pendant la grossesse, on aura le temps de recueillir tous les renseignements que peuvent procurer les différents procédés d'exploration. On pourra explorer avec soin la tumeur et en reconnaître tous les caractères.

b) Au moment du travail, on reconnaît facilement par l'inspection et le palper que la partie fœtale ne s'engage pas, mais c'est le toucher seul qui peut renseigner sur la nature de l'obstacle. Encore les renseignements qu'il donne alors sont-ils moins complets que pendant la grossesse, car il est moins facile d'explorer la tumeur, sur laquelle appuie la tête : c'est ainsi par exemple qu'une tumeur pédiculée et mobile peut être absolument immobilisée par la tête qui la presse contre les parois du bassin.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Diverses affections pourraient être confondues avec les tumeurs du bassin

I. — *Tête fœtale.*

Il semble étonnant que l'on ait pu prendre une tumeur du bassin pour la tête fœtale. Cependant l'erreur a été commise plusieurs fois.

OBSERVATION XIII (résumée).

Rapportée par M. Duret, chirurgien de la marine, à Brest, in *Bulletin de la Faculté de médecine*, t. II, 6^e année (1810), p. 65 et 148.

Au mois de vendémiaire an IV, M. Duret fut appelé pour accoucher une femme en mal d'enfant depuis la veille. Ayant touché cette femme, il la crut près d'accoucher ; mais voyant que le travail n'avancait pas, et que pendant les douleurs l'effet qui a lieu ordinairement n'était pas produit, il crut devoir examiner plus attentivement la tumeur qu'il avait prise pour la tête de l'enfant. Il reconnut alors qu'une exostose considérable, reposant sur la courbure du sacrum, remplissait exactement le détroit inférieur du bassin, avec les parties molles qui la recouvraient.

L'opération césarienne, conseillée de suite, mais repoussée

d'abord, ne fut faite que le lendemain. On eut un enfant vivant, mais la femme épuisée mourut peu après.

OBSERVATION XIV (résumée).

D^r Pellegrini. *Archives de médecine*, 1844, t.V, p. 504. — Enchondrome du pubis. — Embryotomie. — Mort de la mère.

Une femme de 38 ans, d'une bonne constitution, et mère de neuf enfants, était parvenue sans accidents au terme de sa dixième grossesse. La sage-femme qui lui donnait ses soins fit appeler, le second jour, le D^r Pellegrini ; elle lui apprit que, quoique commencé depuis 36 heures, le travail avait marché fort lentement, que la poche des eaux s'était rompue depuis 20 heures, et que la tête s'était présentée ensuite au détroit supérieur, mais qu'elle ne s'était pas abaissée et qu'elle y était restée immobile.

La malade ne présentait rien d'anormal à l'extérieur, et le toucher fit reconnaître que les parties internes étaient également bien conformées. On sentait un corps dur, arrondi, résistant, du volume d'une petite tête, qui cherchait à descendre dans l'excavation et que l'auteur prit d'abord pour la tête du fœtus. Comme il n'y avait rien d'extraordinaire, et convaincu d'ailleurs de l'exactitude de son diagnostic, il pensa qu'il fallait attendre que la tête s'engageât davantage.

Mais, quelques heures après, les douleurs avaient augmenté, et par un examen plus attentif, il s'assura que ce corps ne se déplaçait pas du tout sous la pression du doigt, et que ce n'était pas la tête du fœtus, mais bien une tumeur dure, immobile, qui adhérait fortement à la partie interne de la symphyse du pubis, et qui, se portant d'avant en arrière, réduisait à deux pouces le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Bien que l'enfant fut mort, on proposa l'opération césarienne, qui fut repoussée par la mère. On dut alors agir sur l'enfant. Le D^r Pellegrini procéda à l'opération, et après plus d'une heure de travail et de peine, il parvint à ouvrir le crâne avec le craniotome de Smellie et à le vider de la substance cérébrale. Puis, l'étroitesse des diamètres du bassin rendant l'emploi du forceps impossible, il saisit les crochets-forceps, les implanta à la base des temporaux, et, quoique la pression fut suffisante, les tractions fortes, la tête ne s'abaissa nullement. Changeant ensuite le point d'implantation des crochets, il plaça une branche sur la tubérosité de l'occipital et l'autre sur la base du frontal, et les réunit à la manière du forceps. Mais tout fut inutile et la tête ne se déplaça pas. Il détacha alors pièce à pièce avec le crochet les os de la voûte du crâne, et lorsqu'il n'en resta plus que la base, il la plaça obliquement avec la main ; et, implantant un crochet dans le trou occipital, il parvint à attirer cette base du crâne dans l'excavation et à extraire le fœtus.

La malade, qui avait supporté avec le plus grand courage toutes ces tentatives opératoires que le D^r Pellegrini est tenté d'appeler une « boucherie », mourut 36 heures après.

Duret et Pellegrini avaient donc pris la tumeur pour la tête fœtale et considéraient leur malade comme étant sur le point d'accoucher. Au bout d'un certain temps seulement, voyant que le travail n'avancait pas, ils se livrèrent à un examen plus attentif et reconnurent leur erreur.

Cette erreur ne peut, en effet, être commise que grâce à un examen superficiel, car si à la rigueur une tumeur peut présenter la forme régulièrement arrondie de la tête, elle n'en aura jamais ni

les sutures, ni les fontanelles. En outre, le doigt arrive directement sur la tête ou sur le segment utérin qui la coiffe, tandis que s'il s'agit d'une tumeur, il en est séparé par la paroi vaginale. Il ne peut explorer qu'un segment restreint de la tête, tandis qu'il peut circonscrire la tumeur, ou tout au moins bien apprécier le sillon qui la limite inférieurement.

Le palper rendra d'ailleurs ici de grands services. Ce moyen d'exploration était complètement négligé par les auteurs qui ont confondu la tête fœtale avec une tumeur. Au contraire, nous le voyons invoqué par les autres en cas de doute. S'il montre que la tête est au-dessus du détroit supérieur, ce n'est pas elle que l'on sent dans l'excavation. On pourrait, il est vrai, songer à une grossesse gémellaire (Obs. III, p. 31); mais on en chercherait d'ailleurs inutilement les autres signes.

II. — *Rétroflexion de l'utérus gravide.*

La rétroflexion de l'utérus gravide forme une tumeur lisse, régulière, située dans la concavité du sacrum. Mais, caractère essentiel, elle reste située en avant du rectum; de plus, on pourra parfois y percevoir des parties fœtales. Le palper interviendra ici utilement en montrant que l'abdomen n'est rempli que par la vessie distendue,

et que, même après le cathétérisme, on ne peut atteindre l'utérus.

D'ailleurs la rétroflexion ne se produit guère que dans les trois premiers mois de la grossesse, et donne lieu, dans les cas d'incarcération utérine, à des phénomènes très graves. La réduction lèverait tous les doutes.

III. — *Myomes utérins enclavés.*

Beaucoup plus difficile est le diagnostic différentiel des tumeurs du bassin avec les myomes de l'utérus enclavés et calcifiés.

On cherchera par le palper et le toucher combinés si la tumeur ne jouit point d'une mobilité relative, si elle ne fait pas corps avec l'utérus. Mais au moment du travail le myome pressé par la tête contre les parois du bassin peut être absolument fixe et immobile. On se rappellera que souvent les myomes utérins se ramollissent au moment de l'accouchement. Néanmoins le diagnostic pourra parfois rester en suspens. Nous n'en voulons pour preuve que l'erreur commise par Depaul.

OBSERVATION XV

Depaul. *Gazette obstétricale*, 1878, p. 13. Tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'excavation. — Forceps. — Mort par péritonite. — Bassin vicié par excès d'amplitude.

Femme de 31 ans, entrée à l'hôpital le 11 novembre 1876.

Bien constituée, d'une bonne santé habituelle.

Réglée à 17 ans et toujours régulièrement depuis.

Trois grossesses antérieures :

Premier accouchement facile.

La deuxième grossesse, pénible, s'est terminée par un accouchement qui a nécessité 8 ou 10 applications de forceps.

Le troisième accouchement se fit sans difficulté ; mais l'enfant était tout petit au dire de la malade.

La grossesse actuelle est à terme et n'a donné lieu à aucun accident qui puisse être noté.

Les douleurs régulières de l'accouchement ont débuté le 11 novembre à huit heures du soir ; la rupture des membranes a lieu le 12 novembre spontanément à cinq heures du matin.

Dilatation complète le même jour à six heures du matin.

M. Depaul constate alors une présentation du sommet avec dos à droite ; le col, qui était jusque-là repoussé en avant, est ouvert.

En arrière, paraissant faire corps avec la partie inférieure du segment postérieur de l'utérus, on touche une tumeur dure, lisse, non mobile, du volume d'une mandarine. Par le toucher rectal on arrive facilement sur la tumeur.

L'enfant souffre du retard apporté à l'accouchement.

M. Depaul se décide à faire une application de forceps et

sans grande difficulté extrait un enfant du poids de 3520 grammes. L'enfant est en état de mort apparente, mais il est promptement ranimé.

La malade a succombé à une péritonite qui ne s'est développée que le 24, c'est-à-dire 12 jours après l'accouchement ; la mort a eu lieu le 28.

On avait diagnostiqué une tumeur du segment inférieur de la matrice, mais à l'autopsie on trouva l'utérus libre. Il y avait, au devant de la symphyse sacro-iliaque du côté gauche, une tumeur fibreuse du poids de 1260 grammes ayant 23 centimètres de diamètre : elle était implantée dans les trous de conjugaison des deux dernières lombaires du côté gauche et dans le trou sacré gauche de la troisième vertèbre sacrée. Elle remontait au-dessus du détroit supérieur.

En outre, le bassin était vicié par excès d'amplitude.

En voici la mensuration.

	D'une épine iliaque à l'autre. . .	28 cent.
Détroit supérieur	{ diam. antéro-postérieur. . .	13
	{ transverse.	14 ^m ,3
	{ oblique droit.	14
	{ oblique gauche	13 ^m ,5
Détroit inférieur.	Diamètre. Transverse. . . .	11 ^m ,5

IV. — *Kystes de l'ovaire et des trompes descendus dans l'excavation. Corne utérine dans le cas d'utérus double. Kystes dermoïdes.*

Les kystes de l'ovaire et des trompes descendent le plus souvent dans le cul-de-sac utéro-rectal, et par le toucher on peut en apprécier la surface arrondie, la résistance, la dépressibilité, la fluctuation. Mais par suite de la pression exercée

de haut en bas par l'utérus gravide, surtout au moment du travail, la tumeur se tend fortement et perd sa fluctuation. On recherchera alors le siège en avant du rectum. Dans certains cas une ponction exploratrice assurerait le diagnostic.

Les kystes dermoïdes sont aussi souvent fluctuants. Parfois ils ont une consistance pâteuse, molle, sans fluctuation et conservent l'empreinte du doigt.

V. — *Kystes hydatiques du petit bassin.*

Ces tumeurs, ordinairement lisses et arrondies, sont quelquefois mamelonnées et irrégulières lorsqu'elles sont multiples. Elles peuvent être absolument dures, mais elles ont souvent une certaine rénitence. Elles jouissent souvent d'une certaine mobilité. On recherchera s'il n'y a pas en un point quelconque de l'organisme un autre kyste de même nature, puisque ces lésions sont ordinairement multiples. Une ponction exploratrice donnera un liquide transparent comme de l'eau de roche, et dans lequel on trouvera des crochets.

VI. — *Abcès de la cloison recto-vaginale. Cancer du rectum. Tumeurs stercorales. Calculs de la vessie.*

Les abcès de la cloison recto-vaginale et le cancer du rectum seront reconnus facilement par

le toucher vaginal et surtout par le toucher rectal.

Les tumeurs stercorales, lorsqu'elles sont volumineuses, s'accompagnent souvent d'une malformation congénitale de l'anus et du rectum. Le toucher vaginal fait reconnaître la plénitude plus ou moins grande du rectum; le doigt laisse son empreinte en passant sur la tumeur. Le toucher rectal montre que la tumeur siège dans le rectum et « le doigt ressort couvert d'une véritable poussière humide que sa couleur et son odeur ne permettent pas de méconnaître (1). »

S'il ne s'agissait que d'un léger amas de matières fécales, un purgatif en aurait facilement raison. Calcul de la vessie. Le cathétérisme suffira pour établir le diagnostic.

VII. — *Nature de la tumeur.*

Après avoir établi qu'il s'agit bien d'une tumeur provenant des os du bassin, pour que le diagnostic soit complet, il reste à déterminer la nature de cette tumeur.

S'il s'agit d'une tumeur dure, de consistance osseuse, de volume petit, ne déterminant d'ailleurs aucun symptôme et ne causant aucune douleur, on songera à une exostose, surtout si la tumeur siège au sacrum ou au pubis, puisque nous avons

1. Letenneur. Thèse de Paris, 1888.

vu que ces os étaient le siège de prédilection de l'exostose.

L'enchondrome au début ressemble assez bien à l'exostose, et, s'il se développe souvent sur les parties latérales du bassin, on le rencontre aussi dans le diamètre antéro-postérieur. Le diagnostic avec l'exostose peut alors être difficile. Mais l'enchondrome ne tarde pas à se développer, son volume augmente rapidement. Survient alors une autre difficulté.

En se développant l'enchondrome devient kystique, il se ramollit par places, et il y a alors à faire le diagnostic avec l'ostéosarcome. Mais l'évolution de cette dernière tumeur est bien plus rapide encore, et elle s'accompagne de douleurs presque toujours atroces, qui manquent dans l'enchondrome : l'état général est plus profondément touché et la cachexie arrive à brève échéance.

Les fibromes sont des tumeurs indolentes qui se reconnaîtront à leur forme régulièrement arrondie, à leur surface lisse : il ne pourra pas exister de doute quand la tumeur sera pédiculée et mobile.

CHAPITRE III

PRONOSTIC.

Le pronostic peut être étudié en se plaçant à des points de vue différents. On peut envisager d'abord le pronostic de la tumeur par elle-même, puis celui qui résulte de l'influence fâcheuse que l'état puerpéral exerce souvent sur son développement. Enfin on peut rechercher quelle est l'action de la tumeur sur la grossesse, sur l'accouchement et sur les suites de couches.

I. — *Pronostic des tumeurs du bassin par elles-mêmes.*

Les exostoses et les fibromes sont des tumeurs essentiellement bénignes, ne compromettant nullement l'existence et compatibles avec un excellent état de santé. Elles ne deviennent gênantes que par leur volume, lorsqu'elles déterminent de la compression du côté des organes voisins.

L'ostéosarcome, au contraire, atteint profondément l'organisme, et, s'il peut y avoir des variations dans sa durée, le dénouement en est toujours fatal. Quoi qu'il arrive, cette tumeur a une

marche constante vers la cachexie et vers la mort.

L'enchondrome se comporte souvent comme une tumeur bénigne, mais il n'est cependant pas toujours inoffensif. En subissant la dégénérescence kystique, il acquiert un volume considérable, et alors peuvent survenir des phénomènes généraux, du trouble des fonctions digestives, de l'amaigrissement, de la fièvre hectique. Ajoutons que l'enchondrome reste susceptible d'évoluer à un moment donné comme un véritable cancer.

II. — *Influence de l'état puerpéral sur l'évolution des tumeurs du bassin.*

L'exostose n'est pas influencée par la grossesse elle continue son accroissement lent et régulier, sans présenter aucune accélération dans son développement. Ainsi, dans un cas de Marchant (de Bentz) (1), la tumeur existait déjà dans trois accouchements précédents, et ce n'est qu'à la fin de la quatrième grossesse qu'un rétrécissement de cinq centimètres nécessita l'opération césarienne.

Il semble en être de même pour l'enchondrome pur. Dans l'observation de Shekelton (Obs. XX,

1. Marchant (de Bentz), *Journal de médecine de Bruxelles*, 1864, t. XXXIX, p. 497.

p. 92), par exemple, la tumeur, après avoir nécessité l'intervention dans quatre accouchements, permit encore, lors d'une cinquième grossesse l'extraction d'un enfant après embryotomie.

Au contraire le développement des fibromes est en relation étroite avec la puerpéralité. Déjà Nélaton (1) faisait remarquer que ces tumeurs s'observent presque exclusivement chez la femme qui a eu des enfants. Les recherches de Bodin (2) et de Salesses (3) ont en outre montré qu'elles s'accroissent beaucoup pendant la grossesse ; mais elles ne perdent rien de leur bénignité.

C'est surtout sur l'évolution des ostéosarcomes que se fait sentir d'une façon nocive l'influence de la grossesse.

En 1850, dans une même séance de la société anatomique, on citait neuf cas d'ostéosarcomes du bassin survenus peu de temps après l'accouchement et ayant évolué avec rapidité.

Havage (4), qui en rapporte aussi plusieurs exemples, s'appuie sur l'influence de la grossesse et de l'accouchement pour expliquer la fréquence de l'ostéosarcome du bassin chez la femme. Alors, en effet, que l'ostéosarcome des membres est deux fois plus rare chez la femme que chez l'homme

1. Nélaton. *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 77.

2. Bodin. Thèse de Paris, 1861.

3. Salesses. Thèse de Paris, 1876.

4. Havage. Thèse de Paris, 1882.

l'ostéosarcome du bassin au contraire s'y rencontre tout aussi souvent.

La puerpéralité prédispose donc à l'ostéosarcome du bassin ; et, en outre, une grossesse nouvelle ne fait qu'activer le développement de la tumeur. « C'est surtout pendant la grossesse, trouvons-nous dans l'observation de Stoltz (1), que la tumeur s'accrut avec une étonnante rapidité : la tumeur avait pris à l'intérieur et à l'extérieur un développement qu'elle était loin d'avoir auparavant. »

L'accouchement n'est pas moins dangereux. Même sans intervention instrumentale, le passage de la tête fœtale comprimera la tumeur, la meurtrira, et par suite lui donnera une activité nouvelle, car nous savons que tous les traumatismes hâtent la marche des tumeurs malignes.

Enfin les suites de couches elles-mêmes paraissent favoriser le ramollissement et même la suppuration de ces tumeurs. Nous trouvons, en effet, cette suppuration notée dans deux de nos observations, et dans les deux cas on était intervenu par l'opération césarienne, c'est-à-dire que l'on avait absolument respecté la tumeur (Obs. de Stoltz citée plus haut. Obs., I, p. 21).

1. Obs. de Stoltz. in *Val Meyer*, thèse de Strasbourg, 1847. n. 171

III. — *Influence des tumeurs du bassin sur la grossesse.*

Les tumeurs du bassin, même les tumeurs malignes, n'empêchent pas la grossesse de suivre son cours et d'évoluer normalement jusqu'à terme. Sans doute la durée de la grossesse est rarement indiquée avec précision dans les observations que nous avons recueillies ; mais chaque fois qu'elle est notée nous voyons qu'elle était arrivée à la fin du neuvième mois. Dans l'observation de Leydig (1), le travail se déclara bien à la 33^e semaine de la grossesse, mais on ne peut pas considérer cet accouchement prématuré comme ayant été causé par la tumeur. En effet « la malade, en soulevant un pesant fardeau, sentit un craquement dans le ventre : un écoulement eut lieu par le vagin et depuis elle ne perçut plus les mouvements de son enfant ; le travail se déclara le lendemain ». Les tumeurs n'ont donc pas d'influence sur la durée de la grossesse. Nous allons voir que le pronostic est tout autre lorsqu'il s'agit de l'accouchement.

1. Obs. de Leydig. in Nægelé. *Vices de conformation du bassin*, traduction Danyau, p. 214.

IV. — *Influence des tumeurs du bassin sur l'accouchement.*

Les tumeurs du bassin favorisent les mauvaises présentations et sont un obstacle à l'accouchement.

A. — Les présentations vicieuses sont fréquentes : cela s'explique par l'impossibilité de l'engagement. La tête, ne pouvant descendre dans l'excavation, glisse dans l'une des fosses iliaques et l'on a une présentation de l'épaule. Nous avons observé ce fait trois fois, sur 25 cas où la position est indiquée; il est vrai que l'on peut admettre que la position était normale dans les autres cas, mais la proportion n'en reste pas moins très élevée.

La présentation du siège est peut-être aussi un peu plus fréquente qu'à l'état normal : nous l'avons trouvée deux fois.

Mais il faut surtout craindre les procidences : nous avons rencontré, en même temps qu'une présentation de la tête, la procidence d'un pied, d'une main, du cordon.

B. — Pour ce qui est de la terminaison de l'accouchement, le pronostic varie avec le siège, le volume, la consistance, la mobilité de la tumeur.

1^o *Volume.* — De tous ces éléments, c'est évidemment le volume qui est le plus important;

Tout d'abord, si la tumeur remplit l'excavation ou à peu près, si elle ne laisse qu'un étroit passage admettant à peine un ou deux doigts, l'accouchement sera absolument impossible : on ne pourra pas songer à une intervention par les voies naturelles.

Si la tumeur est relativement petite, si elle ne fait qu'une saillie minime dans le bassin, le volume ne peut plus être à lui seul un élément de pronostic : il faut faire intervenir le siège.

2° *Siège.* — En effet, plus la tumeur sera élevée dans l'excavation, plus l'engagement sera limité, ce qui rendra l'intervention plus difficile : le pronostic s'en aggrave d'autant.

De plus, le détroit supérieur est absolument immuable, et un rétrécissement siégeant à ce niveau restera inextensible, tandis que plus bas, au niveau de l'excavation et du détroit inférieur, il existe des parties molles qui à la rigueur pourraient se laisser déprimer par la tumeur.

Enfin le pronostic sera d'autant plus défavorable que la tumeur occupera un diamètre plus petit. C'est ainsi qu'au niveau du promontoire ou derrière le pubis il suffira d'une saillie de deux centimètres pour empêcher le passage d'une tête fœtale à terme. Et, en effet, dans nos observations, où les tumeurs ont été cause de dystocie, toutes celles qui n'avaient qu'un petit volume occupaient la partie supérieure du sacrum ou la face postérieure des pubis. Au contraire, les tumeurs

qui siégeaient sur les parties latérales de l'excavation atteignaient toutes des dimensions considérables.

3° *Consistance*. — La consistance de la tumeur est de la plus haute importance pour le pronostic, car quel que soit son volume, si elle se laisse déprimer, elle n'apportera qu'un obstacle minime à l'accouchement. Malheureusement cela ne se rencontre guère pour les tumeurs nées du squelette pelvien. Cette réduction ne pourrait être espérée qu'en cas d'ostéosarcome ramolli ou d'enchondrome kystique. Mais ces tumeurs elles-mêmes sont ordinairement résistantes, et il ne faut pas compter sur leur réduction, réduction qui d'ailleurs, acquise par un véritable écrasement, ne ferait que donner une nouvelle impulsion à leur vitalité et à leur développement.

Les tumeurs très dures, surtout les exostoses, peuvent déterminer des dépressions sur la voûte crânienne de l'enfant. Ces dépressions sont analogues à celles qui sont assez souvent causées par la saillie du promontoire dans le cas de bassin rachitique.

Les épines osseuses, malgré leur petit volume habituel, sont excessivement dangereuses. Elles sont en effet toujours pointues, et elles peuvent déterminer des ruptures utérines, l'utérus venant pour ainsi dire se couper sur elles au moment des contractions.

4° *Mobilité*. — La mobilité de la tumeur est un

élément favorable pour le pronostic. Mais elle ne peut s'observer qu'avec les fibromes, et encore avons-nous vu qu'elle est toujours assez restreinte, qu'elle n'existe même pas dans tous les cas.

Dans les observations que nous avons recueillies, jamais il n'a été possible de refouler la tumeur dans le grand bassin ; mais par contre on a pu plusieurs fois en faire l'ablation, ce qui supprime tout à fait l'obstacle (Voy. Obs. p. 87 et suivantes).

V. — *Influence des tumeurs du bassin sur les suites de couches.*

Nous avons vu que les tumeurs malignes avaient tendance à se ramollir, et même à suppurer après l'accouchement. Mais à part cela les suites de couches sont habituellement normales. Les lochies n'offrent rien de particulier. La sécrétion lactée s'effectue comme d'ordinaire.

La malade de Stoltz, déjà cachectique, put donner le sein à son enfant dès le quatrième jour et l'allaiter ensuite régulièrement.

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE ET PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Nous venons de voir combien sont nombreux et variables les éléments dont il faut tenir compte pour le pronostic. Outre le rétrécissement proprement dit, il faut considérer la nature de la nature, son siège, ses dimensions en hauteur, sa consistance, etc. Nous ne pourrions donc pas distinguer nettement des degrés dans l'obstruction, ni surtout exprimer ces degrés en chiffres, comme on a l'habitude de le faire pour les rétrécissements simples du bassin. Aussi nous sera-t-il difficile de fixer les règles précises d'une ligne de conduite.

« Il y a dans tous ces accidents, disait Paul Dubois (1), une foule de combinaisons qu'il est presque impossible de prévoir, qui déjouent tous les calculs et laissent trop souvent l'homme de l'art livré aux seules inspirations de sa conscience et aux ressources presque toujours insuffisantes de son adresse. »

Nous devons essayer néanmoins de donner

1. Paul Dubois, Thèse de concours, 1874.

quelques indications. Pour plus de clarté, nous envisagerons successivement trois cas, suivant que la femme sera :

- 1° Au début de sa grossesse ;
- 2° A une époque où l'enfant est viable ;
- 3° A terme ou en travail.

I. — *La femme est au début de sa grossesse.*

Différents cas sont à considérer. Nous pouvons, en effet, avoir affaire :

- 1° A une tumeur fixe ne permettant pas le passage d'un enfant viable.
- 2° A une tumeur fixe permettant la naissance d'un enfant viable par l'accouchement prématuré.
- 3° A une tumeur réductible.

Et dans chacun de ces cas la conduite pourra différer suivant qu'il s'agira d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne.

1°. — *Tumeur fixe ne permettant pas le passage d'un enfant viable.*

A. — Si la tumeur est bénigne, on se trouve en présence d'un cas qui se rapproche beaucoup des rétrécissements simples du bassin. On a reconnu que cette tumeur, par son volume ou par son siège, s'opposera certainement au passage d'un enfant de sept mois ; c'est-à-dire que, même en

ayant recours à l'accouchement prématuré, il ne sera pas possible d'avoir un enfant vivant et viable. Dès lors, il est inutile de laisser continuer la grossesse ; cela pourrait même être dangereux, car la délivrance sera d'autant plus difficile que l'on sera plus près du terme : on proposera donc l'avortement. Mais il peut arriver que la femme n'accepte pas l'avortement, et manifeste le désir d'avoir un enfant vivant, résultat qui ne pourrait être obtenu que par l'opération césarienne. Que fera-t-on ?

Sans doute l'opération césarienne n'offre plus aujourd'hui les dangers qu'elle offrait autrefois, et on peut l'entreprendre avec beaucoup de chances de succès ; mais elle n'en reste pas moins toujours une opération très grave, plus grave que l'avortement provoqué. On devra donc avant tout bien faire comprendre à la malade tous les risques qu'elle a à courir ; mais si elle persiste dans sa volonté, on s'inclinera et on se préparera à faire l'opération césarienne à la fin de la grossesse.

B. — Lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne, la question est plus complexe. Puisque les tumeurs malignes ont toujours une terminaison fatale, puisque la malade doit mourir à plus ou moins brève échéance, ne pourrait-on pas songer au salut de l'enfant plutôt qu'à celui de la mère ? Ne pourrait-on pas permettre à la grossesse de suivre son cours, dans l'espoir d'avoir un enfant vivant en intervenant par l'opération césarienne ?

On peut faire plusieurs objections à cette conduite. Malgré sa tumeur, la femme peut être encore dans un état de santé satisfaisant qui permette d'espérer une assez longue survie : dans ce cas les dangers de l'opération césarienne ne sont pas à négliger et on pourra encore proposer l'avortement.

Si, au contraire, la malade est déjà cachectique, arrivée à la période ultime de sa maladie, l'opération césarienne pourrait être conseillée ; mais est-on sûr alors que la malheureuse ne mourra pas avant d'arriver à terme, et alors, étant donnée l'influence nocive de la grossesse, ne serait-il pas préférable encore de recourir à l'avortement.

En somme, il est bien difficile de se prononcer sur la conduite à tenir. Il faudra avant tout s'inspirer des circonstances de chaque cas particulier, et surtout prendre l'avis de la malade et de son entourage.

Mais si nous avons vu que dans le cas de tumeur bénigne on pouvait accepter l'opération césarienne, en cas de tumeur maligne on serait autorisé à la proposer.

2^b *Tumeur fixe permettant la naissance d'un enfant viable par l'accouchement prématuré.*

Il peut arriver que malgré la présence de la tumeur le canal pelvi-génital présente encore assez d'espace pour permettre le passage d'un enfant

non à terme, mais viable. S'il s'agit d'une tumeur bénigne, il est alors tout indiqué d'avoir recours à l'accouchement prématuré. On évaluera donc aussi exactement que possible le degré d'obstruction, en tenant compte de ce fait que le rétrécissement n'est pas borné à un plan ni à un diamètre et qu'il occupe une certaine étendue en hauteur, ce qui rendra et l'accouchement et l'intervention plus difficiles. On déterminera ainsi le maximum de volume que la tête ne doit pas dépasser pour pouvoir descendre à travers l'espace resté libre, et suivant le résultat obtenu on fixera la date de l'accouchement prématuré. Toutefois il ne faudra pas oublier que la tumeur est susceptible d'augmenter de volume pendant la grossesse, et l'on devra suivre avec soin la malade pour s'assurer constamment des dimensions relatives de la tête et du rétrécissement.

Mais s'il s'agit d'une tumeur maligne tiendra-t-on la même conduite? On ne peut plus être ici aussi affirmatif. En effet, étant donné l'accroissement rapide que peuvent prendre ces tumeurs pendant la grossesse, on ne sera jamais certain de pouvoir extraire un enfant viable à la fin de la grossesse. En outre, l'intervention sera toujours laborieuse, et s'accompagnera certainement d'un certain degré de froissement de la tumeur d'où résultera une suractivité dans son développement. Que faire alors? Supprimer la grossesse en provoquant l'avortement? ou laisser aller la gros-

sesse, et se préparer à délivrer la malade par l'accouchement césarien?

Nous venons de voir combien il est difficile de se prononcer entre ces deux modes d'intervention.

3° *Tumeur réductible.*

Lorsque l'on sera certain d'avoir affaire à une tumeur réductible, ou susceptible d'être enlevée, on laissera la grossesse suivre son cours : on n'aura à intervenir qu'au moment de l'accouchement. Nous verrons plus loin ce que peut être cette intervention.

II. — *La grossesse est arrivée à une époque où l'enfant est viable.*

La ligne de conduite reste la même d'une façon générale, mais on n'a plus la ressource de l'avortement.

On aura recours à l'accouchement prématuré chaque fois qu'il pourra donner un enfant vivant et viable.

Quand l'accouchement prématuré ne sera plus possible, on ne pourra plus disposer que de deux moyens d'intervention, l'embryotomie et l'opération césarienne. Auquel de ces deux moyens devra-t-on avoir recours? C'est ce que nous allons

voir en étudiant la conduite à tenir auprès de la femme à terme ou en travail.

III. — *La femme est en travail.*

Il arrive assez fréquemment qu'au moment où on est appelé la femme est déjà en travail, et souvent dans ce cas l'obstacle n'a été reconnu qu'à l'occasion du travail. C'est une circonstance fâcheuse, car les moyens d'action sont alors limités; et de plus, la malade étant toujours plus ou moins fatiguée, parfois même épuisée, les chances de succès en sont d'autant diminuées, quel que soit d'ailleurs le mode d'intervention auquel on ait recours.

Quels sont donc les moyens d'intervention que l'on pourra employer? Nous devons pour les étudier envisager les différents cas qui peuvent se présenter. Nous nous occuperons d'abord :

1° Des tumeurs qui sont réductibles.

Nous verrons ensuite les tumeurs non réductibles, et parmi celles-ci nous établirons trois divisions afin d'étudier successivement :

2° Les cas où le rétrécissement est assez peu marqué pour permettre l'accouchement par les voies naturelles sans embryotomie.

3° Les cas où l'embryotomie est nécessaire pour terminer l'accouchement.

4° Les cas où l'embryotomie elle-même est impossible.

PREMIER CAS. — *La tumeur est réductible.*

Les tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien ne sont qu'exceptionnellement réductibles.

La ponction n'a jamais déterminé l'affaissement de la tumeur; par contre elle a amené des accidents graves, tels que la suppuration et l'accroissement de la tumeur: ce n'est donc pas un moyen à recommander. Nous rappellerons cependant l'observation V (p. 35) où l'incision avec le bistouri détermina l'affaissement de la tumeur, mais la malade mourut de péritonite. Et d'ailleurs nous ignorons la nature exacte de cette tumeur.

Les tumeurs kystiques peuvent à la rigueur se laisser comprimer au moment du passage de la tête fœtale; mais c'est au prix de graves désordres qui amènent la mort de la mère. Et si la mère survivait, elle serait bientôt emportée par les rapides progrès de la tumeur ainsi violentée.

Il ne faudra pas non plus compter sur le ramollissement; nous ne l'avons jamais trouvé signalé dans les observations que nous avons recueillies.

Pourrait-on refouler certaines tumeurs au-dessus du détroit supérieur? Il n'est guère permis de l'espérer. Quelques-unes sans doute sont mobiles, mais cette mobilité est toujours restreinte, et leur pédicule toujours très court permet à peine de les déplacer.

En somme, il n'est qu'un seul moyen d'intervenir utilement, c'est de faire l'ablation de la tumeur. Quand la tumeur sera mobile et pédiculée, on devra toujours en tenter l'ablation, car elle donne d'excellents résultats. Nous en avons recueilli quatre observations : quatre fois les malades ont été sauvées, et on a eu deux enfants vivants.

Quelle était exactement la nature de ces tumeurs ? Étaient-ce des fibromes ou des enchondromes ? Il nous serait difficile de le dire.

Voici du reste les observations.

OBSERVATION XVI (résumée).

(Drew. *Archives de médecine*, 1844, t. V, p. 181).

Femme en travail depuis deux jours. L'obstacle venait d'une tumeur située dans la partie droite du bassin. Elle remplissait si complètement la cavité du bassin qu'on ne pouvait passer qu'un doigt entre elle et le pubis, de sorte qu'il était très difficile d'atteindre la tête de l'enfant.

Avant de recourir à l'opération césarienne, on tenta l'ablation de la tumeur. Par une incision sur le côté droit du périnée, on peut arriver derrière la tumeur et avec le bistouri la séparer du ligament sacro-sciatique auquel elle adhérait.

On termina rapidement l'accouchement par une application de forceps. L'enfant était vivant. La femme se rétablit.

OBSERVATION XVII (résumée).

(Burns. *Principles of midwifery*, 1843, p. 33).

Femme en travail. L'excavation était occupée par une tumeur volumineuse adhérent à la paroi gauche du bassin.

Par une incision sur le côté gauche de la vulve, du périnée et de l'anus, on mit la tumeur à découvert et on la sépara avec le doigt de ses adhérences avec l'urèthre, le vagin, l'utérus et le rectum. Les adhérences avec le bassin furent détruites avec le bistouri, les ciseaux, la spatule, et on put enfin extirper la tumeur.

La femme accoucha bientôt d'un enfant mort. Elle se rétablit complètement.

OBSERVATION XVIII (résumée)

(Dr Tesse (de Douai). — *Union médicale*, 1847, p. 576),

Femme de 22 ans, bien conformée, et jouissant d'une bonne santé. Deux couches antérieures heureuses. Rien de particulier dans la troisième grossesse aujourd'hui à terme. Mais au moment de l'accouchement on reconnaît la présence d'une tumeur dans l'excavation. Cette tumeur, dure et volumineuse, adhérait à toute la face latérale gauche de la cavité pelvienne.

Une incision fut faite sur la paroi vaginale distendue par la tumeur ; mais on ne parvint pas à détacher la tumeur avec les doigts. On prit alors une cordelette couverte de nœuds, on en entourait le pédicule, et, s'en servant comme d'une scie, on parvint à extraire la masse en une demi-heure de travail.

L'enfant était mort depuis peu. — Les suites de couches furent normales. La malade eut dans la suite deux autres enfants sans accidents.

OBSERVATION XIX (résumée).

(Dr Heck. — *Gazette médicale de Paris*, 1841, p. 491).

Femme, 25 ans, enceinte pour la troisième fois. L'excavation était en partie remplie par une tumeur arrondie. Lors du commencement du travail on fit l'extirpation de la tumeur, qui pesait 532 grammes ; elle était insérée vers la symphyse sacro-iliaque.

On termina l'accouchement par une explication de forceps et on eut un enfant bien portant.

DEUXIÈME CAS. — *Le rétrécissement est assez peu marqué pour permettre l'accouchement par les voies naturelles sans embryotomie.*

C'est un cas favorable qui ne se présentera que très rarement. Pour qu'il se réalise, il faut que la tumeur ait à la fois un volume très petit et soit située sur le diamètre transverse. Or, nous avons vu que les exostoses, les seules tumeurs qui restent petites, sont toujours situées dans le voisinage des extrémités du diamètre antéro-postérieur.

Il pourrait arriver aussi que la tumeur coïncidât avec une exagération des diamètres du bassin, comme dans l'observation de Depaul (Obs. XV, p. 65).

Nous avons recueilli deux observations où la version avait été employée pour extraire l'enfant. Dans aucun de ces cas elle ne put suffire à elle seule.

Dans l'observation d'Osiander rapportée par Puchelt (1), la tumeur n'était grosse que comme une moitié d'œuf de poule, et elle siégeait au milieu de la ligne innominée gauche; de plus l'enfant était mort depuis quelque temps. Osiander fit la version et parvint à extraire le tronc, mais il dut faire une application de forceps sur la tête dernière. La mère se rétablit.

Dans l'observation de Schraf, rapportée par Meyer (2), il s'agissait d'un ostéosarcome assez volumineux siégeant au sacrum. L'enfant s'était présenté par la tête; on essaya de terminer l'accouchement par la version sur les fesses qu'on parvint à exécuter; mais pendant l'extraction le tronc se sépara de la tête. On dut alors recourir à la perforation et l'exécution en fut fort difficile. La mère mourut peu de temps après la délivrance. Scharf ajoute qu'il y avait eu indication de pratiquer l'opération césarienne.

Ces deux seuls exemples nous montrent que la version par elle-même n'est pas appelée à rendre de grands services dans les cas de dystocie par tumeurs du bassin: ce n'est pas un moyen à recommander.

1. Puchelt. *Commentatio de tumoribus in pelvi*, etc.

2. Meyer, thèse de Strasbourg, 1847, n° 171.

Quant au forceps, on l'a essayé plusieurs fois, mais toujours on a dû ensuite recourir à la perforation. Seul Depaul put par le forceps extraire un enfant vivant; mais, en même temps que la tumeur, il y avait viciation du bassin par excès d'amplitude (Obs. XV, p. 65).

C'est dire que si parfois il sera permis d'essayer le forceps, on ne devra jamais fonder de grandes espérances sur cet instrument.

TROISIÈME CAS. — *Le rétrécissement est tel que la malade ne peut être délivrée que par l'embryotomie ou par l'opération césarienne.*

Il peut se faire que la présence de la tumeur laisse encore dans le bassin un espace assez grand pour y manier les instruments avec plus ou moins d'aisance : cela se rencontrera surtout avec les tumeurs bénignes de petit volume. Dans ce cas, on aura recours à l'embryotomie, car elle a donné alors d'assez bons résultats. Sur six cas de craniotomie pour tumeurs de petit volume nous notons une fois le décès de la mère.

Mais si l'on a affaire à une tumeur un peu volumineuse, l'intervention par les voies naturelles devient excessivement difficile et laborieuse. Nous en avons vu des exemples dans les observations IV et XIV (pages 33 et 61). Voici encore un autre fait.

OBSERVATION XX (résumée).

L^r Shekelton. *The Dublin quarterly journal of medical science*, 1850,
t. X, p. 287.

Enchondrome du sacrum. — Embryotomie. — Perforation utérine. —
Mort

Femme admise à l'hôpital de Dublin, le 20 juin 1849, pour
y accoucher... Cinq accouchements antérieurs gênés par la
tumeur, nettement reconnue dès 1841.

1^{er} accouchement. — Enfant mort-né.

2^e acc. — Extraction avec les crochets.

3^e acc. — Enfant acéphale.

4^e acc. — Décembre 1841. — Extraction avec les crochets.

5^e acc. — Janvier 1846. — Embryotomie.

Actuellement, au moment du sixième accouchement, on
trouvait une tumeur énorme occupant la plus grande partie du
bassin. Derrière le pubis existait un étroit passage qui per-
mettait l'introduction du doigt, mais par lequel on ne pouvait
pas atteindre l'ouverture utérine, ni reconnaître la présenta-
tion. L'enfant était vivant.

L'opération césarienne fut discutée, mais finalement on eut
recours à l'embryotomie. Une partie du crâne étant devenue
accessible, on en fit la perforation, on évacua la matière céré-
brale et on attendit.

Deux heures après, un nouvel examen apprit que le bras
gauche s'était engagé. On introduisit alors le crochet dans
l'aisselle, et après de longs efforts, le bras céda et fut arraché,
ainsi que l'omoplate ; puis on arracha les viscères, les côtes,
la colonne vertébrale rompue en plusieurs pièces. Après plu-
sieurs tentatives inutiles on parvint à accrocher le bassin ; il

fallut employer des tractions très fortes et les efforts successifs de plusieurs des assistants pour arracher les membres inférieurs ; en même temps vint le bras droit attaché à des lambeaux de peau et des muscles déchirés. Pendant les efforts de traction, le cordon s'était enroulé autour de l'instrument, de sorte que le placenta fut arraché en même temps.

Restait la tête ; on put introduire la main, saisir quelques restes de la colonne vertébrale et des côtes, et par ce moyen fixer la tête assez solidement pour la saisir avec le crochet, et enfin on put l'extraire, mais avec des difficultés inouïes.

La malade fut prise de vomissements, le pouls devint faible et rapide, et la mort survint 10 minutes après la délivrance.

A l'autopsie, on trouva une perforation de 5 pouces de long siégeant sur la paroi postérieure de l'utérus.

La tumeur, partie du sacrum, occupait la plus grande partie du bassin, sauf un petit espace à droite, espace que les pressions exercées pour extraire le fœtus avaient beaucoup agrandi. Elle était dure, mais contenait quelques petits kystes.

Nous voyons donc que l'embryotomie n'a plus alors de règles précises. On arrache l'enfant comme l'on peut, morceau par morceau, et on n'y parvient souvent qu'après de longues heures d'efforts inouis, et au prix de dégâts souvent considérables du côté des organes maternels. Deux fois la perforation utérine est signalée. Aussi la mortalité est-elle alors très élevée : la moitié des mères succombent.

De plus, chez celles qui survivent, la tumeur a subi de tels froissements, qu'elle va évoluer dès lors avec la rapidité la plus active.

N'y aurait-il donc pas dans ces cas indication absolue de recourir à l'opération césarienne ? Dans les observations que nous avons recueillies, sur 29 opérations césariennes pratiquées pour tumeurs de bassin, 15 femmes ont succombé, mais on a eu 24 enfants vivants. La mortalité n'est donc pas plus élevée que pour l'embryotomie dans les cas de tumeurs volumineuses, et de plus on peut sauver l'enfant.

Nous ajouterons encore que l'accouchement césarien est la seule opération qui respecte la tumeur : il n'est donc pas sans avantages.

Et d'ailleurs, ces chiffres s'appliquent à toutes les opérations dans leur ensemble. Or, dans beaucoup de cas il existait des circonstances qui diminuaient les chances de réussite. La plupart de ces opérations césariennes ont été faites avant la découverte de l'antisepsie, et beaucoup ont été entreprises après la rupture des membranes, alors que le travail était commencé, parfois depuis plusieurs jours, conditions qui amènent l'épuisement de la femme et favorisent les chances d'infection.

Si parmi nos observations nous ne prenons que celles où les règles de l'antisepsie aient été suivies, nous trouvons sur cinq cas quatre succès complets. Dans le cinquième, on a encore eu un enfant vivant, mais la mère est morte de péritonite ; or, dans ce dernier cas le travail était commencé et les membranes étaient rompues lorsque l'on est intervenu.

En somme, croyons-nous, voici la ligne de conduite que l'on pourra adopter.

Si l'on est appelé auprès de la malade avant le début du travail, ou alors que le travail ne fait que commencer, si la dilatation est à peine marquée, si surtout les membranes ne sont pas rompues, on proposera l'opération césarienne. On a en effet alors le loisir d'agir tout à sa guise, de faire tous les préparatifs et de prendre toutes les précautions nécessaires : on aura beaucoup de chances de réussir.

Mais plus le travail est avancé, plus les chances d'infection augmentent, plus les chances du succès diminuent pour l'opération césarienne. Si donc la dilatation est très accentuée, si les membranes sont rompues, on n'aura pas recours à cette opération et l'on se décidera plutôt pour l'embryotomie.

QUATRIÈME CAS. — *Le rétrécissement est tel que toute intervention par les voies naturelles est impossible.*

Dans ces circonstances, il y a indication absolue pour l'opération césarienne : c'est la seule opération qui puisse délivrer la malade. On la pratiquera donc le plus tôt possible, avant le début ou dès le début du travail.

CONCLUSIONS

Les tumeurs du bassin ne semblent pas avoir d'influence sur la durée de la grossesse. Elles sont surtout dangereuses par l'obstacle qu'elles apportent à l'accouchement.

L'importance de cet obstacle est en rapport avec le volume de la tumeur, avec son siège, sa forme, sa consistance, sa mobilité ou sa fixité.

Les exostoses sont des tumeurs bénignes, de dimensions toujours restreintes. Mais elles sont presque toujours situées derrière le pubis ou en avant du sacrum ; elles rétrécissent donc les diamètres les plus petits du bassin, et c'est surtout par leur siège et par leur fixité qu'elles sont dangereuses. A rétrécissement égal, on pourra tenir sensiblement la même conduite que pour les rétrécissements simples.

Les enchondromes et les ostéosarcomes sont le plus souvent des tumeurs volumineuses ; l'intervention par les voies naturelles est rendue difficile et même dangereuse : on interviendra donc par l'opération césarienne quand on pourra faire cette opération dans de bonnes conditions, c'est-à-dire avant le travail ou au début du travail.

Les fibromes sont souvent pédiculés et mobiles ; on devra en faire l'ablation quand elle sera possible. Si elle est impossible, on se comportera comme pour les rétrécissements simples ; mais, à rétrécissement égal, l'intervention sera toujours plus difficile.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ALPHABÉTIQUE

- Bailly.** — Art. Bassin (vices de conform.). Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques.
- Behm.** — Exostose du sacrum ayant nécessité l'op. césar. Monatssch. für Geburtskunde, 1854, t. 4, p. 12.
- Berry.** — Craniotomie pour cancer du sacrum. London obstet. transact., 1865, t. 7, p. 261 et suivantes.
- Birnbaum.** — Exostoses multiples. Monatssch. für Geburtskunde, 1864, t. 24, p. 449.
- Blanchard.** — Société anatomique, 1884, t. 9, p. 181.
- Bodln.** — Tumeurs fibreuses péri-pelviennes chez la femme, Th. de Paris, 1861.
- M^{me} Bolvin.** — Mémorial des accouchements,
- Braun.** — Tumeurs du bassin, Wiener medizinische Wochenschrift, 1863, n^o 1, 2, 3, 4.
- Burns.** — The principles of midwifery, 10^e éd., 1843, p. 33.
- Cazeaux et Tarnier.** — Traité d'accouchements, 10^e éd., 1883, p. 692.
- Chapman** (de Brooklyn). — Tumeurs stéatomateuses faisant obstacle à l'acc. Archives de tocologie, 1881, p. 403.
- Charpentier.** — Traité d'accouchements, 2^e éd., 1890, t. II, p. 155.
- Cody** (de Bombay). — Op. césar. pour tumeurs du pubis. The Lancet, 1872, t. 2, p. 875.
- Coutouly.** — Tumeur de la paroi latérale du bassin. Journal de médecine, par Sédillot, 1809, t. 34, p. 277.
- Denman.** — Tumeur du sacrum. An introduction to the practice of midwifery, 7^e éd., 1832, p. 258.

- Depaul.** — Fibrome du bassin. Gazette obstétricale, 1878, p. 13. Art. Bassin du dict. encycl. des Sciences médicales.
- Déville.** — Enchondrome du bassin. Société anatomique, 1848, p. 21, 1849, p. 330.
- Dorhn.** — Op. César. pour tumeur fibreuse du bassin. Monatssch für Geburt, 1867, t. 29, p. 11.
- Dolbeau.** — Mémoire sur l'enchondrome du bassin. Journal du progrès des Sciences médicales, 1859-1860.
- Dubois (Paul).** — Thèse de concours, 1834.
- Duret.** — Op. César. pour exostose du sacrum. Bull. de la Faculté de médecine, 1810, t. 2, p. 65 et 148.
- Edmunds.** — Enchondrome de la paroi latérale du bassin. The Lancet, 1876, t. 2, p. 818.
- Fairbank.** — Fracture du bassin. London obstet. transact., 1867, t. 9, p. 1.
- Fayau.** — Documents pour servir à l'histoire de l'enchondrome, thèse de Paris, 1856.
- Frauk.** — Tumeurs du bassin, thèse de Berlin 1884.
- El. de Haber.** — Dissert. inaug. exhit. casum rarissimum partus qui, propter exostosis in pelvi, absolvi non potuit, etc. Heidelberg 1830. Un extrait in journal complém. des Sciences médicales, 1831, t. 40, p. 238.
- Harris.** — L'op. César. aux Etats-Unis, plusieurs obs. d'exostoses. American journal of medical sciences, 1878, avril et juillet.
- Havage.** — Etude clinique sur les tumeurs des os du bassin, thèse de Paris, 1882.
- Heck.** — Tumeur du bassin. Gaz. méd. de Paris, 1841, p. 491.
- Hugulier.** — Fibrome du bassin. Société de chirurgie, 1860, p. 445.
- Inzani.** — Cité par Pinard. Op. de Porro pour ostéosarcome. Annales de gynécologie, 1879, t. 12, p. 417.
- Kormann.** — Epines osseuses. Archiv. für gynæk, 1874, t. 9, p. 472.
- Lenoir.** — Atlas complémentaire de tous les traités d'acc. p. 69.
- Léopold.** — Epines osseuses. Archiv. für gynæk., 1872, t. 4, p. 336.
- Lever (John).** — On pelvic tumors obstructing parturition Guy's hospital Reports, avril, 1842, p. 71.

- Makejew.** — Tumeur du pubis. *Archiv. für gynœk.*, 1881, t. 18, p. 175.
- Marchant** (de Bentz). — Exostose du sacrum, *Journal de médecine de Bruxelles*, 1864, t. 39, p. 497.
- Mayor** (de Genève). — Cité par Thibault. Tumeur du sacrum. *Archives de médecine*, 1844, t. V, p. 185.
- Meyer.** — Op. César. pour ostéosarcome du bassin. Thèse de Strasbourg, 1847, n° 171.
- Moreau.** — Atlas d'accouchements.
- Nelaton.** — Leçon sur les tumeurs fibreuses de la fosse iliaque. *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 77.
- Nicaise.** — Note sur les fibrômes périostiques du tronc. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 752.
- Nægelé.** — Des principaux vices de conformation du bassin, traduit et augmenté de notes par Danyau, 1840, p. 142. Notes III et IV.
- Nægele et Grenser.** — Traité d'acc. 2^e éd. française par Aubenas, 1880, p. 518.
- Pellegrini.** — Enchondrome du pubis. *Arch. gén. de médecine*, 1844, t. V, p. 504.
- Persyn.** — De exostosis atque osteosteatomatum pelvis muliebris influxu in partum.
- Pineau** (Severin). — De integritatis et corruptionis virginum notis Leyde, 1641. — Lib. II. Cap. V, p. 139.
- Puchelt.** — Commentatio de tumoribus in pelvi partum impediētib. Heidelberg, 1840.
- Putégnat** (de Lunéville). — Op. César pour tumeur du bassin. *Gazette des hôpitaux*, 1840, p. 315.
- Ruleau.** — Traité de l'op. césarienne. Paris 1704. Exostose du pubis, chapitre IX.
- Salesses.** — Étude sur les tumeurs fibreuses péripelviennes. Thèse de Paris, 1876.
- Shekelton.** — The Dublin quarterly journal of medical science, 1850. T. X. p. 287.
Archives gén. de médecine, 1853, t. I, p. 732.
- De Soyre.** — Thèse d'agrégation. Paris, 1875, p. 107.
- Tesse.** — Tumeur du bassin. *Union médicale*, 1847, p. 576.

- Thibault.** — Tumeurs du bassin. Archives gén. de médecine, 1844, t. V, p. 171.
- Thierry.** — Exostose du sacrum, in. Sandifort. Thesaurus dissertationum, t. III, p. 199.
- Toporski.** — Thèse de Breslau, décembre 1884.
- Velpeau.** — Traité de l'art des acc. — 2^e édit. 1835, t. I, p. 43.
- Zwelfel.** — Tumeur kystique du bassin. Archiv. für Gynœk., 1881, t. 17, p. 361.

Vu par le Président de la thèse,

TARNIER.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION.....	7
CHAP. I. — Description anatomique.....	12
Tumeurs bénignes de petit volume, irréductibles.....	13
(Exostoses, arêtes, épines osseuses, cals difformes).	
Tumeurs volumineuses, malignes en général.....	18
(Ostéosarcomes. Enchondromes).	
Tumeurs de volume variable, mobiles.....	36
(Fibrômes).	
CHAP. II. — Symptômes et diagnostic.....	41
Recherche des signes.....	42
Diagnostic différentiel.....	60
CHAP. III. — Pronostic.....	70
CHAP. IV. — Conduite à tenir.....	79
Pendant la grossesse.....	80
Pendant l'accouchement.....	85
Conclusions.....	96
Index bibliographique.....	98

